

الاضطرابات النفسية والعقلية والسلوكية

(الوبائيات - التعريف - محاكات التشخيص - الأسباب - العلاج - المآل والمسار)



دكتور محمد حسن غانم



مكتبة الأنجلو المصرية

الإضطرابات النفسية والعقلية والسلوكية

(الوبائيات - التعريف - محكات التشخيص

- الأسباب - العلاج - المآل والمسار)

دكتور

محمد حسن غانم

بطاقة فهرسة

فهرسة أثناء النشر اتحاد الهيبة المصرية العامة لدار الكتب والوثائق
القومية ، إدارة الشئون الفنية .

غانم ، محمد حسن

الاضطرابات النفسية والعقلية والسلوكية / محمد حسن غانم .

ط ١ . -

القاهرة : مكتبة الانجلو المصرية ، ٢٠٠٦ .

٣٨٨ ص ، ١٧ - ٢٤ سم

١ - الاضطرابات النفسية

٢ - الأعراض النفسية أ - العنوان

رقم الإيداع : ١٣٠٦١

رسمك : ٩ - ٢٢٤٤ - ٠٥ - ٩٧٧ تصنيف ديوي : ١٥٧,٧

المطبعة : محمد عبد الكريم حسان

الناشر : مكتبة الانجلو المصرية

١٦٥ شارع محمد فريد

القاهرة - جمهورية مصر العربية

ت : ٣٩١٤٣٣٧ (٢٠٢) ؛ ف : ٣٩٥٧٦٤٣ (٢٠٢)

E-mail : anglocbs@anglo-egyptian.com

Website : www.anglo-egyptian.com

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

« **لَقَدْ خَلَقْنَا الْإِنْسَانَ فِي كَبَدٍ** »

صدق الله العظيم

محتويات الكتاب

الموضوع	الصفحة
— فهرس المحتويات	٥ - ١٠
— مقدمة الكتاب	١١ - ١٢
الفصل الأول: مدخل إلى الإضطرابات النفسية والعقلية والسلوكية	١٣ - ٢٨
— حقائق حول أرقام الإصابة بالإضطرابات النفسية والعقلية والسلوكية.	١٦ - ١٧
— تعريف الإضطرابات النفسية والعقلية والسلوكية .	١٧ - ١٨
— التصنيف والإضطرابات النفسية والعقلية والسلوكية.	١٨ - ١٩
— تصنيف الإضطرابات النفسية والعقلية .	٢٠ - ٢١
الأول : تصنيف منظمة الصحة العالمية ICD	٢١ - ٢٣
الثاني : الدليل التشخيصي والإحصائي للإضطرابات النفسية DSM	٢٣ - ٢٦
الفصل الثاني: إضطرابات القلق.	٢٦ - ١٠٠
١ - وبائيات إنتشار القلق .	٢٦ - ٣٣
٢ - اضطراب القلق العام .	٣٣ - ٥٤
٣ - اضطراب الرهاب .	٥٤ - ٦٤
٤ - إضطراب الهلع .	٦٥ - ٦٩
٥ - اضطراب الوسواس القهري .	٧٠ - ٨٥
٦ - اضطراب الضغوط التالية على الصدمة	٨٦ - ١٠٠
الفصل الثالث: إضطرابات الوجدان.	١٠١ - ١٢٩
— وبائيات الإضطرابات الوجدانية .	١٠٣ - ١٠٤
— حقائق عن الإضطرابات الوجدانية .	١٠٤ - ١٠٥
— تعريف الإضطرابات الوجدانية	١٠٥ - ١٠٦
— تصنيف الإضطرابات الوجدانية .	١٠٦

- أولا : الإكتئاب الجسيم وأنواعه ومحكات تشخيصه ١٠٦ - ١١٤
- ثانيا : إضطراب عسر المزاج . ١١٤ - ١١٥
- ثالث : إضطراب الهوس : تعريفه - محكات تشخيصه - أنواعه . ١١٥ - ١١٩
- رابعا : إضطرابات ازدواج القطبية : الأنواع - محكات التشخيص . ١١٩ - ١٢١
- أسباب الإضطرابات الوجدانية . ١٢١ - ١٢٤
- علاج الإضطرابات الوجدانية . ١٢٤ - ١٢٦
- مآل الإضطرابات الوجدانية . ١٢٦ - ١٢٩
- الفصل الرابع : إضطراب الفصام . ١٣٠ - ١٥٦
- وبائيات إضطراب الفصام . ١٣١ - ١٣٥
- تعريفه . ١٣٥ - ١٣٦
- تاريخ موجز لكيفية التعرف والتشخيص لإضطراب الفصام ١٣٦ - ١٣٧
- تشخيص إضطراب الفصام . ١٣٧ - ١٣٩
- أعراض إضطراب الفصام . ١٣٩ - ١٤٢
- أنواع إضطراب الفصام . ١٤٢ - ١٤٥
- أسباب إضطراب الفصام . ١٤٥ - ١٤٨
- علاج إضطراب الفصام . ١٤٨ - ١٥٢
- مآل إضطراب مرض الفصام . ١٥٢ - ١٥٣
- الفصل الخامس : إضطرابات الشخصية . ١٥٣ - ١٥٦
- وبائيات إضطرابات الشخصية . ١٥٦ - ١٥٩
- تعريف إضطرابات الشخصية . ١٥٩ - ١٦٠
- تصنيف إضطرابات الشخصية . ١٦٠ - ١٦١
- أسباب إضطرابات الشخصية . ١٦١ - ١٨٥
- علاج إضطرابات الشخصية . ١٨٥ - ١٨٦
- الفصل السادس : الإضطرابات الجسدية الشكل . ١٨٦ - ١٨٩
- أنواع الإضطرابات جسمية الشكل . ١٨٩ - ٢١٠
- ١٩٣

- ١ - اضطراب التبدين : الوبائيات - التعريف - محكات
التشخيص . ١٩٣ - ١٩٥
- ٢ - الإضطراب الجسدى الشكل اللامتمايز : الوبائيات -
التعريف - محكات التشخيص . ١٩٥ - ١٩٦
- ٣ - اضطراب التحول : الوبائيات - التعريف - محكات
التشخيص . ١٩٦ - ١٩٨
- ٤ - اضطراب الالم : الوبائيات - التعريف - محكات
التشخيص . ١٩٨ - ١٩٩
- ٥ - توهم المرضى : الوبائيات - التعريف - محكات
التشخيص . ١٩٩ - ٢٠٠
- ٦ - اضطراب توهم تشوه الجسد : الوبائيات - التعريف -
محكات التشخيص . ٢٠٠ - ٢٠١
- ٧ - الإضطرابات المصطنعة : الوبائيات - التعريف -
محكات التشخيص . ٢٠١ - ٢٠٢
- ٨ - التمارض : الوبائيات - التعريف - محكات
التشخيص . ٢٠٢ - ٢٠٣
- أسباب الإضطرابات جسدية الشكل . ٢٠٣ - ٢٠٥
- علاج الإضطرابات جسدية الشكل . ٢٠٦ - ٢٠٨
- مسار ومآل الإضطرابات جسدية الشكل . ٢٠٨ - ٢١٠
- الفصل السابع : إضطرابات التحكم في السلوك الإندفاعي وإضطرابات التوافق . ٢١١ - ٢٣٦
- أ - إضطرابات التحكم فى السلوك الإندفاعى : الوبائيات . ٢١٣ - ٢١٥
- أولا : إضطراب النوبات العدوانية المفاجئة : الوبائيات -
التعريف - محكات التشخيص . ٢١٥
- ثانيا : هوس السرقة : الوبائيات - التعريف - محكات
التشخيص . ٢١٥ - ٢١٦
- ثالثا : هوس إشعال الحرائق : الوبائيات - التعريف -
محكات التشخيص . ٢١٦
- رابعا : هوس المقامرة المرضية : الوبائيات - التعريف -
محكات التشخيص . ٢١٧ - ٢١٨

- خامسا : هوس نتف الشعر : الوبائيات - التعريف -
 ٢١٨ - ٢١٩ محكات التشخيص .
- سادسا : إضطرابات التحكم فى السلوك الإندفاعى لم
 يسبق تخصيصها . ٢١٩ - ٢٢٠
- أسباب إضطرابات التحكم فى السلوك الإندفاعى . ٢٢٠ - ٢٢١
- علاج إضطرابات التحكم فى السلوك الإندفاعى . ٢٢١ - ٢٢٣
- مسار ومآل إضطرابات التحكم فى السلوك الإندفاعى . ٢٢٣ - ٢٢٥
- ب - إضطرابات التوافق : التعريف - الوبائيات -
 الأنواع - محكات التشخيص ٢٢٥ - ٢٣٦
- الفصل الثامن : الإضطرابات الانفصالية . ٢٣٧ - ٢٤٨
- تعريف الإضطرابات الانفصالية . ٢٣٧ - ٢٤٠
- أنواع الإضطرابات الانفصالية .
- ١ - فقدان الذاكرة الانفصالية : الوبائيات - التعريف
 والأعراض - محكات التشخيص . ٢٤١
- ٢ - التجوال الانفصالى : الوبائيات - التعريف
 والأعراض - محكات التشخيص . ٢٤١ - ٢٤٢
- ٣ - إضطراب انفصال الهوية : الوبائيات - التعريف
 والأعراض - محكات التشخيص . ٢٤٢
- ٤ - إضطراب إختلال الانيه : الوبائيات - التعريف
 والأعراض - محكات التشخيص . ٢٤٢ - ٢٤٥
- ٥ - إضطراب انفصالى لم يسبق تخصيصه . ٢٤٥ - ٢٤٦
- أسباب الإضطرابات الانفصالية . ٢٤٦
- علاج الإضطرابات الانفصالية . ٢٤٧
- الفصل التاسع : إضطرابات الأكل، ٢٤٩ - ٢٦٩
- وبائيات إضطراب الأكل . ٢٤٩ - ٢٥٣
- تعريف إضطراب الأكل . ٢٥٣ - ٢٥٤
- من أنواع إضطرابات الأكل :

- أ - فقدات الشهية العصبى : التعريف - محكات
التشخيص . ٢٥٤ - ٢٥٦
- ب - الشره العصبى : التعريف - محكات التشخيص . ٢٥٧ - ٢٥٩
- العلاقة بين اضطرابات الأكل والاضطرابات النفسية
الأخرى . ٢٥٩ - ٢٦٣
- أسباب اضطرابات الأكل . ٢٦٣ - ٢٦٥
- علاج اضطرابات الأكل . ٢٦٥ - ٢٦٨
- مسار ومآل اضطرابات الأكل . ٢٦٨ - ٢٦٩
- الفصل العاشر : اضطرابات النوم، ٢٧١ - ٢٩٧
- وبائيات اضطرابات النوم . ٢٧١ - ٢٧٤
- تعريف اضطرابات النوم . ٢٧٤
- تصنيف اضطرابات النوم :
- أولا : اضطرابات النوم الأولية .
- أ - الأرق : التعريف - محكات التشخيص . ٢٧٤ - ٢٧٧
- ب - فرط النوم : التعريف - محكات التشخيص . ٢٧٧ - ٢٧٨
- ج - اضطرابات مواعيد النوم واليقظة : التعريف -
محكات التشخيص . ٢٧٨
- د - غفوات النوم المفاجئة : التعريف - محكات
التشخيص . ٢٧٨ - ٢٧٩
- هـ - اضطرابات النوم المرتبطة بالتنفس : التعريف -
محكات التشخيص . ٢٧٩
- ثانيا : اضطرابات النوم الثانوية (أو مخلات النوم) :
- أ - اضطراب الكوابيس الليلية : التعريف - محكات
التشخيص . ٢٨٠ - ٢٨١
- ب - اضطراب فزع النوم : التعريف - محكات
التشخيص . ٢٨١
- ج - المشى أثناء النوم : التعريف - محكات التشخيص ٢٨٢

- إضطرابات النوم وعلاقتها ببعض الإضطرابات النفسية والعقلية الأخرى . ٢٨٣ - ٢٩٢
- أسباب إضطرابات النوم . ٢٩٢ - ٢٩٤
- علاج إضطرابات النوم . ٢٩٤ - ٢٩٤
- مسار ومآل إضطرابات النوم . ٢٩٥ - ٢٩٧
- الفصل الحادي عشر، الإعتماد على المخدرات . ٢٩٩ - ٣٤٨
- الإعتماد على المخدرات وما يرتبط بها من مفاهيم . ٣٠١ - ٣٠٩
- المحكات التشخيصية للإعتماد على المواد المؤثرة نفسياً وفق الدليل التشخيصى الإحصائى الرابع . ٣٠٩ - ٣١٢
- هل إدمان النيكوتين يدخل ضمن الإدمان أم لا ؟ ٣١٢ - ٣١٣
- المواد المخدرة . ٣١٤ - ٣١٩
- دنياميات الشخص المدمن . ٣١٩ - ٣٢٤
- وجهة نظر المجتمع فى الإدمان . ٣٢٤ - ٣٢٦
- هل الإدمان مرض أو جريمة ؟ ٣٢٦ - ٣٣٠
- علاج الإدمان . ٣٣٠ - ٣٣٣
- محاور التأهيل النفسى والإجتماعى لمدمنى المخدرات ٣٣٣ - ٣٤٦
- مسار ومآل الإدمان . ٣٤٦ - ٣٤٨
- الفصل الثانى عشر، الإضطرابات الجنسية، ٣٤٩ - ٣٨٥
- وبائيات الإضطرابات الجنسية . ٣٥١ - ٣٥٤
- تعريف الجنس وإضطراباته . ٣٥٥
- شروط السواء الجنسى . ٣٥٥ - ٣٥٦
- الإضطرابات الجنسية وفق الدليل التشخيصى والإحصائى . ٣٥٦ - ٣٨٠
- أسباب الإضطرابات الجنسية . ٣٨٠ - ٣٨٢
- علاج الإضطرابات الجنسية . ٣٨٢ - ٣٨٣
- مسار ومآل الإضطرابات الجنسية . ٣٨٣ - ٣٨٥

مقدمة الكتاب

بسم الله نبداً وبه وحده نتوكل عليه ونستعينه ، ونصلى على أشرف الخلق
الصادق الأمين سيدنا محمد وعلى آله وصحبه أجمعين .

وبعد

كان من المتوقع بعد أن حقق الإنسان هذه الطفرة الكبيرة فى العديد من
المجالات المادية أن يشعر بالسعادة ، إلا أن الواقع النفسى يشير إلى زيادة معاناة
الإنسان ، واحتمال وقوع العديد أيضاً من الحروب والصدمات فى مناطق كثيرة من
العالم ، فضلاً عن الضغوط العديدة ، والكوارث التى لا حصر لها ولا عدد والتى تلقى
بالإنسان إلى خضم مشاكل أخرى وأزمات تترك آثارها السلبية بلاشك على النفس
والجسم والعقل .

ولذا ومن أجل إستبصار وفهم أفضل جاء كتاب : الإضطرابات النفسية والعقلية
والسلوكية لتحقيق عدة أهداف .

الأول : تقديم معلومات علمية ومختصرة عن وبائيات كل إضطراب .

الثانى : تعريف مختصر وواف لكل اضطراب .

الثالث : محكات تشخيص كل إضطراب وفق الدليل التشخيصى والإحصائى

الرابع .

الرابع : التعرف على أسباب الإضطرابات المختلفة .

الخامس : التعرض للعلاجات المختلفة سواء أكانت دوائية أم نفسية لكل

إضطراب .

السادس : مسار ومآل كل إضطراب .

ولذا فقد جاء هذا الكتاب فى إثنتا عشرة فصلاً ، فقد جاء الفصل الأول بعنوان:

مدخل إلى الإضطرابات النفسية والعقلية والسلوكية كمقدمة لا بد منها قبل الولوج إلى

الإضطرابات المختلفة ، وجاء الفصل الثانى : ليتم تناول العديد من إضطرابات القلق

مثل : إضطرابات القلق العام ، والرهاب والهلع والوسواس القهرى والضغوط التالية

للصدمة وفي الفصل الثالث : تناولنا اضطرابات الوجدان خاصة : الإكتئاب الجسيم ، واضطراب الهوس ، واضطرابات ازدواجية القطب ، وفي الفصل الرابع : تناولنا اضطراب الفصام من حيث الوبائيات والأنواع ومحكات التشخيص ، والأسباب والعلاج وفي الفصل الخامس : تناولنا اضطرابات الشخصية من حيث الوبائيات – والأنواع ومحكات تشخيص كل اضطراب . وفي الفصل السادس : تناولنا الاضطرابات الجسدية الشكل من حيث الأنواع ومحكات التشخيص والأسباب والعلاج والمسار والمآل . وفي الفصل السابع : تناولنا : اضطرابات التحكم في السلوك الإندفاعي واضطرابات التوافق ، وفي الفصل الثامن : تناولنا الاضطرابات الانفصالية من حيث الوبائيات ، الأنواع ، محكات التشخيص ، الأسباب ، العلاج ، المسار والمآل . وفي الفصل التاسع : تناولنا اضطرابات الأكل من حيث الوبائيات ، مع التركيز على اضطرابي : فقدان الشهية العصبي ، وزيادة الشهية العصبي ، وفي الفصل العاشر : تم تناول اضطرابات النوم من حيث الوبائيات ، ثم اضطرابات النوم الأولية ، واضطرابات النوم الثانوية (أو مخلات النوم) من حيث التعريف – محكات التشخيص ، وفي الفصل الحادي عشر : تناولنا الإعتقاد على المخدرات وما يرتبط بها من عديد من القضايا ، وأخيرا ، وفي الفصل الثاني عشر : تناولنا الاضطرابات الجنسية من حيث الوبائيات ، الأنواع ، محكات التشخيص ، الأسباب ، العلاج ، المسار والمآل .

وبعد

ما نقدمه في هذا الكتاب هو نتاج جهد بشري عرضنه للتقصير أو نسيان بعض المحاور . لكن الأمل قائم في إمكانية إعادة النظر فيما تم كتابته من فترة إلى أخرى ، ومد يد التعديل أو الحذف أو التطوير . لأن التطور سنة الحياة ، ولن يتم ذلك إلا من خلال الإعتراف بإمكانية وجود جوانب للتقصير إضافة إلى فتح العقل والقلب لكل رأى وتقبل كل ملاحظة من قبل كل متلقى .

وفي الختام نسأل المولى عز وجل أن يحقق الفائدة المرجوة من هذا الكتاب . وأن يجد كل من يسعى إلى المعرفة باضطرابات الإنسان مبتغاه .

وآخر دعوانا أن الحمد لله رب العالمين

د. محمد حسن غانم

الفصل الأول

مدخل إلى الإضطرابات النفسية والعقلية والسلوكية

محتويات الفصل :

- حقائق حول أرقام الإصابة بالاضطرابات النفسية والعقلية والسلوكية .
- تعريف الإضطرابات النفسية والعقلية والسلوكية .
- التصنيف والإضطرابات النفسية والعقلية والسلوكية .
- تصنيف الإضطرابات النفسية والعقلية .
- الأول : تصنيف منظمة الصحة العالمية I C D .
- الثاني : الدليل التشخيصي والإحصائي للإضطرابات النفسية D S M .

الفصل الأول

مدخل إلى الإضطرابات النفسية والعقلية والسلوكية

مقدمة :

إن الإصابة بالمرض من أوائل الاخطار التي واجهت الإنسان منذ بداية الخليقة، فقد اعتبرها الإنسان الأول تهديدا للبقاء ، فقد أثبتت دراسة بقايا الإنسان الأول أنه كانت له أمراض وكان يعاني ألوانا من الاذى وكان يحاول أن يلجأ إلى الطبيعة للخلاص من ذلك الأذى وتلك الآلام .

(محمد حسن غانم ، ٢٠٠٤ ، ص ١)

كما أن المرض النفسى يعد من أشد العوامل قسوة وعنفا فى إنتزاع سعادة الإنسان وتدميرها بل وسعادة وأمن المحيطين به أيضا، فالأسرة التى يصاب أحد أعضائها بالمرض العقلى أو النفسى تعاني كلا من التعاسة والبؤس وضيق الصدر فضلا عما يسببه المرض من إعاقة لإنتاجية الفرد وإبداعه وإسهامه فى العمل الوطنى . وقد يقال إن الأمراض النفسية والعقلية أمراض عصرية حديثة ، وأنها لا توجد فى المجتمعات المتقدمة الا أن الحقيقة أن الأمراض النفسية والعقلية وجدت منذ وجد الإنسان وتعرف عليها علماء اليونان وفلاسفتهم ثم تناولها علماء العرب بالفحص والتشخيص والعلاج .

(عبد الرحمن العيسوى ، ١٩٩٥ ص ص ١ - ٢) .

وإن بدايات الإنسان الأولى على وجه الأرض - قد شهدت العديد من المظاهر التى تسبب القلق مثل المعاناة والجوع والمرض والعبودية والحروب والكوارث العامة المختلفة وهى أمور تجعل الإنسان البدائى القديم عرضه للقلق .

(إحمد عكاشة ، ١٩٩٨ ، ص ١٠٧)

وهى حقيقة أكدتها العديد من الدراسات الانثربولوجيا المختلفة
(Kaplan.M & Sadock.M, b 1996)

حقائق حول أرقام الإصابة بالإضطرابات النفسية والعقلية والسلوكية :

- يعتقد كثير من الأطباء النفسيين أن عدد المصابين بالإضطرابات النفسية يتراوح ما بين ٣٠ - ٣٥ ٪ من عدد سكان أى دولة .

- كما يقرر مركز الخدمات الصحية فى إحدى الجامعات الإنجليزية إن ٤ ٪ من الرجال و ٥ ٪ من النساء يعانون من أعراض إضطرابات نفسية (أو ذهانية لفترة قصيرة) أثناء حياتهم الدراسية .

- فى دراسة مسحية على خمسة آلاف أمريكى وجد أن ٤ ٪ منهم كانوا يعانون من الإضطراب المزمن ، و ١١ ٪ يشعرون بالإكتئاب النفسى والتعاسة ، و ١٩ ٪ تتملكهم مخاوف من الإنهيار العصبى بين لحظة وأخرى ، و ٢٠ ٪ صادفتهم مشكلات احتاجت لتدخل علاجى .

- أما نسبة الذهان فهى تصل إلى أكثر من ١ ٪ فى المجتمع ، كما أن النساء أكثر عرضه للإصابة بالأمراض النفسية مقارنة بفئة الرجال ، وكبار السن يتزايد لديهم الإضطراب أيضا بمقارنتهم بالصغار فى جوانب معينة من الإضطرابات النفسية كالإكتئاب .

- وفى مسح إجتماعى لحالات الفصام المزمن فى مناطق (غانا) الإفريقية وجد إن نسبة الفصاميين تصل إلى ٩ ٪ من عدد السكان فى مقابل ٨ ٪ من عدد السكان فى دول أوروبا وأمريكا .

- وفى دراسة أجريت على ثلاث قرى هندية تتكون من تسعة آلاف نسمة تبين إن ٣٧ ٪ من السكان صرحوا بأنهم يعانون من أحد الإضطرابات النفسية بشكل أو بآخر، وزادت هذه الأعراض بين النساء أكثر من الرجال ، وبين الفقراء أكثر من الأغنياء .

فى العالم العربى :

- فى دراسة أجراها (عبد الستار إبراهيم) حيث قارن بين ثلاث مجموعات من الطلاب فى أمريكا وبريطانيا ومصر تبين إن نسبة المصابين بالقلق تزداد بين الطلاب المصريين يتلوهم الأمريكيون ثم الإنجليز .

- وفى دراسة أجراها (محمد أحمد غالى) على ١٨٨٣ فردا من المقيمين فى الكويت من بينهم ٤٥٠ من الكويتيين الذكور ، ٥٥٧ من الكويتيات ، ٥٧٥ من غير الكويتيين من الذكور ، ٢٩٦ من غير الكويتيات وجد شيوع العصاب بين المواطنين الكويتيين عن الوافدين من الدول العربية الأخرى ، كما أن الأنثى عامة سواء كن كويتيات أو وافدات كن أكثر عصابية . وأن أكثر المجموعات عصابية هى فئات التلاميذ فى المرحلة الثانوية وأصحاب المهن .

- وفى دراسة أجراها (عبد الستار إبراهيم) على (٣٠٠) طالب وطالبة فى

المرحلة الجامعية بمدينة البيضاء بليبيا ، توصل إلى أن مايقرب من ٥١٦٪ من العينة عبرت عن العجز من تأكيد الذات وانخفاض الثقة بالنفس في مواقف التفاعل الإجتماعي .

- وإن الخجل والانسحاب من التفاعل في المواقف الإجتماعية تنتشر بين مايقرب من ٤٥٪ من أفراد العينة وهي نسبة عالية دون شك .

(عبد الستار إبراهيم ١٩٩٨ ، ص ص ٣٣ - ٣٩) .

- وفي دراسة حديثة أجراها الباحث وآخر حول مدى إنتشار اضطرابات الشخصية بين فئات تعليمية وإجتماعية ومهنية متعددة في المجتمع المصري توصلوا إلى حقيقة مؤداها إنتشار العديد من اضطرابات الشخصية (بفئاتها المختلفة) لدى قطاعات متعددة (وغير كLINIكية) في المجتمع المصري ، وإن كانت نسبة الإضطرابات في الإناث أكثر من الذكور بصفة عامة .

(محمد حسن غانم ، مجدى زينة ٢٠٠٥)

- كما تقدر بعض الدراسات نسبة الإضطرابات النفسية كالتالى :
- عدد المصابين بالإضطراب الإكتئاب فى العالم اليوم تصل نسبتهم إلى ٧٪ .
- أكدت تقارير منظمة الصحة العالمية إن حالات الإلتحار تقدر بحوالى ٨٠٠ ألف حالة كل عام .

- تصل نسبة الإصابة بالتخلف العقلى من ٢ - ٤٪ من السكان .
- يصيب مرض الصرع - وهو أكثر الأمراض العصبية إنتشارا - نسبة تتراوح ما بين ٥ - ١٪ .

- يقدر عدد المصابين بحالات العتة أو الخرف التى تحدث فى مرحلة الشيخوخة بنسبة ٥٪ فوق سن الستين ، ثم تزيد بنسبة لتصل الي ٢٠٠٪ فوق سن ٨٠ سنة .

(لطفى الشربيني ، ١٩٩٩ ، ص ص ١٢ - ١٣)

تعريف الإضطرابات النفسية والعقلية والسلوكية :

يعرف الإضطراب فى موسوعة علم النفس والتجليل النفسى (بصفة عامة) بأن الإضطراب Disorder يعنى لغويا الفساد أو الضعف أو الخلل ، وهو لفظ يستخدم فى مجال علم النفس الأكلينيكي بصفة خاصة ، وكذلك فى علم الطب النفسى ، وهو

يطلق على الإضطرابات التي تصيب الجوانب المختلفة من الشخصية ، أى أن هذا الإضطراب يعنى مجموعة من الأمراض تعكس سوء توافق الفرد .. ولذا فإن هناك العديد من المفاهيم التي تعكس إضطرابات متعددة مثل : إضطراب الإدراك Imperception وإضطرابات الشخصية Personality Disorders أو الإضطراب الإنفعالي Emotional Disorders ، وإضطراب الحس Paraesthesia .. الخ .

(فرج طه وآخرون ، ١٩٩٣ ، ص ص ٩٤ - ٩٨)

فى حين يعرف الدليل التشخيصى والإحصائى الرابع للإضطرابات النفسية والعقلية الملمح الأساسى لإضطراب المسلك بأنه نمط متكرر أو مستمر من السلوك تنتهك فيه الحقوق الأساسية للآخرين والمعايير الإجتماعية الأساسية المناسبة لعمر الشخص ، وإن هذه الأشكال السلوكية تنتظم فى فئات هى :

— التصرفات العدوانية التي تسبب تهديدا بحدوث ضرر جسمى لأشخاص آخرين أو الحيوانات .

— التصرفات غير العدوانية التي تسبب تخريبا لممتلكات الآخرين .

— النصب أو السرقة والإنتهاكات الخطيرة للقوانين أو المبادئ .

(APA. , 1994)

والإضطرابات النفسية والعقلية والسلوكية التي سوف نناقشها فى هذا الكتاب تشمل إضطرابات نفسية (القلق بتصنيفاته المختلفة) ، الذهان (بتصنيفاته المختلفة) ، والإضطرابات السلوكية خاصة (إضطرابات النوم ، الأكل ، الإدمان ، الجنس) .

وتعرف الإضطرابات النفسية والعقلية والسلوكية بأنها أى إضطراب ينطبق عليه محكات تشخيص الدليل التشخيصى والإحصائى الرابع .

التصنيف والإضطرابات النفسية والعقلية والسلوكية :

مصطلح التصنيف Classification يعنى حرفيا تمييز الشئ أو تعيينه وقد يفيد المعانى الآتى :

أ - التمييز بين التصنيف والتاكسونومى وهى الدراسات النظرية للتصنيف دون اعتبار للمضمون .

ب - التصنيف بمعنى تكوين مجموعات من تجمع أكبر لكيانات ، والتمييز أو التعيين Identification أى عملية تعيين كيان معين فى نظام تصنيف قائم .

ج - قد يقابل التصنيف مصطلح التشخيص فى الإستخدام الطبى أى تحديد مجموعة من الأعراض وبدرجة معينة حتى يمكن وضع هذا الفرد فى فئة اضطرابية محددة .

د - وقد يقابل التصنيف قائمة الأسماء *Nomenclature* وهى القائمة المعتمدة للمصطلحات المستخدمة لتمييز الفئات ووصف الكيانات المميزة ، وهى مستقلة عن أى خصائص تكمن وراء الفئات .

هـ - علم يسمى : علم تصنيف الأمراض *Nosology* وهو علم يقوم على نظام معين هادفاً إلى وضع الفئات المرضية فى تصنيف محدد .

(لويس مليكة ، ١٩٩٧ ، ص ٥٧)

وظائف التصنيف : تتحدد فى الآتى :

- ١ - إختزال الأوصاف السلوكية .
 - ٢ - توحيد مصطلحات يفترض اتسامها بالثبات وتيسير التواصل بين المهتمين بالإضطرابات النفسية والعقلية والانحرافات السلوكية .
 - ٣ - تيسير جمع وتخزين واستعادة المعلومات الاكلينيكية مما ييسر البحث عن المعلومات المرتبطة باغراض معينة أو غيرها .
 - ٤ - إن التشخيص أساسى للبحث الابيديمولوجي (الوبائيات) لتحديد الفروق فى تواتر الإضطرابات العقلية عبر الثقافات .
 - ٥ - وصف أوجه التشابه والإختلافات الهامة بين المرضى السيكاتريين بحيث تقود معرفة التشخيص إلى معرفة الأعراض التى يحتمل ظهورها لدى المريض .
- (لويس مليكة ١٩٩٧ ، ص ٥٨)

عيوب التصنيف : يعترض البعض على فكرة التصنيف للأسباب الآتية :

- ١ - لا يمكن للعنوان أو الأسم أن يضم كل البيانات الملائمة عن المريض مما يزيد من احتمال أن يصبح الأسم (أو التصنيف) قالباً نمطياً لا يعكس تعقد وفردية الشخص .
- ٢ - يهتم التشخيص غالباً بتأكيد جوانب الضعف أكثر من جوانب القوة .
- ٣ - يخلق استخدام الاسم التصنيفى الوهم الخادع بفهم المريض مما قد يبعد الاكلينيكي عن محاولة تخفيف معاناة المريض .

(لويس مليكة ١٩٩٧ ، ٥٩ - ٦٠)

تصنيف الإضطرابات النفسية والعقلية :

لسنا فى مجال السرد التتبعى لعملية تصنيف الأمراض عبر الحقب والعصور المختلفة لكن ما نستطيع ذكره فى هذا المجال أن كافة المحاولات الإجتهدية والعشوائية عبر العصور والإجتهدات الفردية قد تلخصت الآن فى ملمحين أساسيين وهما :

الأول : تصنيف منظمة الصحة العالمية والذي يطلق عليه إختصارا **International Classification Diseases (I C D)** وهذا التصنيف قد تم وضعه عام ١٩٤٦ ، وتمت مراجعته أكثر من مرة حتى وصل أخيرا إلى المراجعة العاشرة I C D عام ١٩٩٢ (ICD : Io , 1992) وبالمناسبة توجد ترجمة عربية للدليل العاشر أصدرها المكتب الأقليمى لشرق المتوسط (منظمة الصحة العالمية ١٩٩٩) .

وتم تصنيف الفئات المرضية - والتي تندرج - كمثال - ضمن الإضطرابات السلوكية - فى الفئات الآتية :

١ - إضطرابات الشخصية والسلوك الناجمة عن مرض أو إصابة أو خلل وظيفى فى المخ .

٢ - الإضطرابات العقلية والسلوكية الناجمة عن استخدام مواد نفسية فعالة .

٣ - اضطراب الشخصية والسلوك الناجم عن تعاطى الكحول .

٤ - إضطرابات عقلية أو سلوكية أخرى مترتبة على تعاطى كحول أو عقاقير .

٥ - إضطرابات عقلية أو سلوكية غير محددة مترتبة على تعاطى كحول أو عقاقير .

٦ - إضطراب التوافق مع خلل مختلط فى المشاعر والسلوك .

٧ - إضطراب التوافق مع خلل أساسى فى السلوك .

٨ - الزمالات السلوكية المصحوبة بخلل وظيفى وعوامل بدنية .

٩ - الإضطرابات العقلية أو السلوكية المصاحبة للنفاس غير المصنفة فى مكان آخر .

١٠ - عوامل نفسية أو سلوكية مصاحبة لأضطرابات أو أمراض مصنفة فى مكان آخر .

١١ - زمالات سلوكية وإضطرابات عقلية مصاحبة بخلل وظيفى فسيولوجى غير محدد .

- ١٢ - اضطرابات الشخصية والمسلك للراشدين .
- ١٣ - اضطرابات نفسية سلوكية مصاحبة للإرتقاء والتوجه والجنسى .
- ١٤ - اضطرابات أخرى فى شخصية وسلوك الراشدين .
- ١٥ - اضطرابات شخصية وسلوك الراشدين غير محدد .
- ١٦ - المسلك السلوكى المصاحب للتأخر العقلى .
- ١٧ - اضطرابات النماء .
- ١٨ - اضطرابات سلوكية وإنفعالية تبدأ عادة فى مرحلة الطفولة أو المراهقة .
- ١٩ - اضطراب سوء المسلك أو الجناح .
- ٢٠ - الإضطرابات المختلطة فى المسلك والإنفعالات .
- ٢١ - اضطرابات فى اللوازم .
- ٢٢ - اضطرابات سلوكية وإنفعالية أخرى غالبا ما تظهر إبان فترة الطفولة أو فى مرحلة المراهقة .

(W H o , 1992)

الثانى : الدليل التشخيصى والإحصائى للإضطرابات النفسية :

بما أننا سوف نستخدم هذا الدليل التشخيصى طوال عرضنا فى هذا الكتاب للإضطرابات النفسية والعقلية والسلوكية لذا فسوف نطيل الحديث عنه قليلا .

هذا الدليل تتوفر على إصداره الجمعية الأمريكية للطب النفسى American Association Psychiatric ، والذي يستخدم كأساساً للتشخيص فى العديد من دول العالم ، وقد صدرت حتى الآن (٤) مراجعات من هذا الدليل ، حيث ظهرت الطبعة الأولى عام ١٩٥٢ باسم D S M - I ثم صدرت الطبعة الثانية منه عام ١٩٦٨ بأسم DSM II وفى عام ١٩٨٠ صدرت الطبعة الثالثة باسم D S M - III وفى عام ١٩٨٧ تم إصدار طبعة من الدليل الثالث مراجعة بأسم D S M - III R ، وفى عام ١٩٩٤ صدرت الطبعة الرابعة بأسم D S M - IV والتي صدرت منها عدة طبعات آخرها عام ٢٠٠٠ *

(APA. , 2000)

ويرصد المتابعون وجود فروق أساسية بين كل طبعة وطبعة أخر . فالتابعة الثالثة على سبيل المثال - قد اختلفت عن الطبعة الأولى والثانية فى إبراز بعض

* فى موقع الجمعية الأمريكية للطب النفسى علي شبكة المعلومات الدولية تم ذكر أن الجمعية بصدد إعداد الطبعة الخامسة من الدليل التشخيص والإحصائى الخامس عام ٢٠١١ .

الملامح الجديدة والتي تمثلت فى :

١ - استخدام المنهج الوصفى : حيث يكتفى بالدليل بوصف الإضطرابات والتلازمات الاكلينيكية بصورة شاملة ومفصلة دون التعرض للأسباب أو النظريات الخاصة بتفسير هذه الإضطرابات .

٢ - استخدام المحكات التشخيصية : حيث وضع مؤلفو الدليل مجموعات من المحكات الخاصة لتشخيص كل مرض ، تم جمعها بواسطة الملاحظة الاكلينيكية ويشترط لتشخيص المرض توفر عدد معين من المحكات التابعة لكل مجموعة مرضية .

٣ - الوصف المنهجي : حيث أعتمد الدليل فى وصف الأعراض على الأسلوب المنظم والواضح للأعراض بصورة أساسية وأن كان يعتمد أحيانا على المتغيرات الشخصية والزمنية مثل السن عند بداية المرض ، أو مدة استمرار الأعراض .

٤ - تحديد شدة الإضطراب : لا يكتفى مؤلفو الدليل بتحديد الفئات التشخيصية بل أنهم ذهبوا إلى صياغة التعريفات الخاصة بشدة الإضطراب مثل :
طفيف - متوسط - شديد ، أو متحسن جزئيا ، أو متحسن تماما .

٥ - تعدد المحاور : يختلف الدليل عن كل النظم التشخيصية الأخرى فى أنه لا يكتفى بتحديد التشخيص الإكلينيكى بل شمل بالإضافة إلى الحالة الاكلينيكية تحديدا لإضطراب الشخصية والمرض العضوى والضغط النفسى والأداء العام وذلك من خلال خمسة محاور هما :

المحور الأول : التشخيص الاكلينيكى فصام أو إكتئاب .. الخ (مثلا) .

المحور الثانى : إضطراب الشخصية أو الإضطرابات الخاصة بنمو الأطفال والمراهقين مثل إعتلال الشخصية من النوع البارانونيدى أو إضطراب المسلك .

المحور الثالث : الأمراض العضوية .

المحور الرابع : الضغوط النفسية والاجتماعية .

المحور الخامس : تقويم الأداء العام .

٦ - الإستغناء عن مصطلح عصاب واستخدام مصطلح ذهان فى أضيق الحدود .

٧ - التعامل مع التشخيصات غير الواضحة : وهذا من أهم مزايا هذا الدليل .

٨ - طريقته فى التعامل مع الحالات التى يصعب البت فيها بأمر قاطع وضمها إلى فئة تشخيصية (لم يتم تحديده بعد) .

وصف الدليل :

المحور الأول : Axis I ويشمل هذا المحور التشخيصات الاكلينيكية وكان عددها فى الدليل التشخيصى والإحصائى الثالث المراجع D S M - III R (١٨) فئة تشخيصية .

المحور الثانى : Axis II ويشمل هذا المحور اضطرابات الشخصية واضطرابات الطفولة والمراهقة .

المحور الثالث : Axis III ويشمل إمكانية الإصابة بأمراض عضوية أو إصابات مثل : إرتفاع ضغط الدم (أو إنخفاضه) السكر،الصرع ، كسر فى الفخذ . الخ .

المحور الرابع : Axis IV ويشمل الضغوط النفسية الإجتماعية محور (٤) بالفون

ضغوط متصلة	ضغوط حادة
أكثر من ٦ شهور	أقل من ٦ شهور
خلافات زوجية مزمنة	وفاة زواج

نماذج		الرمز	المسمى
متصل	حاد		
-	-	١	لا يوجد
عدم الرضا عن العمل	التخرج	١	طفيف
مشاغل مالية	زواج - تقاعد	٣	متوسط
بطالة	طلاق	٤	شديد
مرض عضوى ، مرض خطير	إغتاب	٥	بالغ
الاسر ، الإعتقال	وفاة طفل ، كارثة طبيعية	٦	كارثيى
معلومات غير كافية أو عدم حدوث تغيير		صفر	

أنواع الضغوط :

- | | |
|----------------|---------------------------|
| ١ - زواجية | ٦ - مالية |
| ٢ - أبويه | ٧ - قضائية |
| ٣ - شخصية أخرى | ٨ - أمراض أو إصابات عضوية |
| ٤ - مهنية | ٩ - أخرى |
| ٥ - معيشية | ١٠ - عوامل أسرية |

المحور الخامس : Axis V تقييم الأداء العام

سلم تقويم الإداء الوظيفي العام،

يحسب عن أفضل أداء للمريض في السنة السابقة على تاريخ التقويم

* يشمل (٣) مجالات : العلاقات الإجتماعية ، الإداء المهني ، الأداء النفسي .

* يتم تحدد الأداء الحالي والأداء السابق

* يبدأ السلم من ١ وينتهي عند ٩٠ كالآتي :

٨١ - ٩٠ : أعراض طفيفة : أداء جيد في كل المجالات التي تهم الشخص

أنشطة عديدة ويشارك فيها كفرد من الناحية الإجتماعية ، راضى عن حياته بشكل عام ، لا يعاني إلا من مشاغل معتادة مثل مشاغل الحياة اليومية العادية (خلاف طارئ وعابر مع بعض أفراد الأسرة) .

٧١ - ٨٠ : إن وجدت اعراض يمكن إعتبارها ردود أفعال مؤقتة ومتوقعة

للضغوط النفسية والإجتماعية مثل : صعوبة في التركيز بعد مشاجرة مع الأسرة ، مجرد عجز طفيف في الأداء الإجتماعي أو المهني أو الدراسي .

٦١ - ٧٠ : بعض الأعراض الخفيفة (إكتئاب وأرق عابر) أو وجود بعض

الصعوبات في الأداء الإجتماعي ، المهني ، أو الدراسي ، الأداء بصفة عامة ، ويحتفظ الشخص ببعض العلاقات التي لها وزنها مع الآخرين :

حالة توضيحية :

محور (١) : إضراب ضلال - متوسط (٣) .

محور (٢) : شخصية ضلالية - (بارانويدي) متوسط .

محور (٣) : إرتفاع فى ضغط الدم .

محور (٤) : ضغط نفسى إجتماعى بالغ (٦) وفاة الزوجة .

محور (٥) : عجز جسيم فى العمل (٤٠) ، تجنب العلاقات الوثيقة ، يتشكك فى زملائه فى العمل (أو الدراسة) ، يتغيب بكثرة (عن العمل أو الإنتظام ، فى الدراسة) نظرا لكثرة تكرار نوبات الصداع ،

وكل ما سبق يقود إلى :

١ - إن التشخيص يأخذ العديد من الصور أو المحكات .

٢ - إن التشخيص السليم يقود إلى وضع الفرد فى فئة تصنيفية (تنطبق إلى حدا ما مع حالته الفعلية) .

٣ - إن ماسبق من ذكر المحاور الخامسة تفصيلا يقود إلى إجراءات علاجية جيدة ومناسبة مع الحالة المرضية .

٤ - إن كل ما سبق قد أدى إلى إصدار طبعة من الدليل الثالث المراجعة (DSM III R , 1987)

- إن الدليل الرابع الذى صدر عام ١٩٩٤ كان نتاجا لعمل (١٣) مجموعة عمل كل منها كان مسؤولا عن قسم فى هذا الدليل حيث يبدأ الدليل بالتعليمات الخاصة بكيفية إستخدامه ، يليها تصنيف الدليل الرابع الذى يقدم قائمة منظمة بالرموز والفئات الخاصة بكل إضطراب ، يلي ذلك وصف لنظام التشخيص متعدد المحاور فى هذا الدليل ، ثم بعد ذلك يقدم المحكات التى يجب البحث عنها لدى الشخص حتى يمكن الحكم عليه وما إذا كان سيقع فى فئة تصنيفية أم لا ، ثم شرح وصفى لكل إضطراب . (جمعة سيد يوسف ، ٢٠٠٠ ، ص ص ٤٧ - ٤٨)

وهذا الدليل الرابع الذى صدرت منه عدة طبعات آخرها كان عام ٢٠٠٠ ، والذى يضع خمس فئات أو محاور (سبقت الإشارة اليهم عند القيام بعملية التشخيص) .

وقد اشتمل الدليل الرابع على (٢٩٧) فئة تشخيصية مقابل (٩٢) فئة تشخيصية فى الدليل الثالث المراجع ، وبالرغم من هذا التحوط وإجراء التعديلات والمراجعات إلا أنه يؤخذ على الدليل التشخيصى والإحصائى العديد من الملاحظات الآتية :

١ - إن الإضطرابات المتواجدة معا في الشخص الواحد Comorbidity وهي ظاهرة واسعة الإنتشار إذ أن الحالة النفسية تكاد تكون نادرة وتمثل الظاهرة مشكلة في التقييم وفي العلاج .

٢ - عدم التجانس داخل الفئة الواحدة وظهور اعراض مختلفة تقع بين الحدود التشخيصية والتي تعبر عنها فئة : تشخيص غير محدد نوعيا .

٣ - مشاكل تنظيمية مثل وضع إضطرابات في فئة معينة بينما يري آخرون أنه يجب أن توضع في فئة مختلفة .

(لويس مليكة ، ١٩٩٧ . ص ص ٧٧ - ٧٨) .

إلا أن كل ذلك لا يحول دون إستخدام الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع وتشخيص العديد من الإضطرابات النفسية والعقلية والسلوكية التي سوف تتعرض لها في هذا الكتاب .

وإن وجود دليل تشخيص (متفق عليه من أغلبية أطباء النفس وفي أماكن مختلفة من العالم) أفضل بكثير من عدم وجود هذا الدليل ، خاصة إذا أخذنا في الإعتبار أن مسألة التصنيف هي مسألة إنسانية أي يقوم بها الإنسان ، وأن الظواهر (سواء إنسانية أو غير ذلك) لا توجد مصنفة في الواقع .

وإذا كانت هنالك إنتقادات توجه للتصنيف فيجب أن تنصب في التفكير في كيفية تحسين هذا التصنيف .

مراجع الفصل

- ١ - أحمد عكاشة (١٩٩٨) الطب النفس المعاصر . القاهرة . مكتبة الأنجلو المصرية .
- ٢ - جمعة سيد يوسف (٢٠٠٠) . الإضطرابات السلوكية وعلاجها ، القاهرة ، دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع .
- ٣ - عبد الرحمن العيسوي (١٩٩٥) العلاج النفسى ، الأسكندرية ، منشأة المعارف .
- ٤ - عبد الستار إبراهيم (١٩٩٨) ، العلاج النفسى السلوكى المعرفى الحديث - أساليبه ومبادئ تطبيقه ، القاهرة ، مطبعة الموسيقى ، الطبعة الثانية .
- ٥ - فرج طه ، حسين عبد القادر ، شاكرفندل ، مصطفى كامل (١٩٩٣) موسوعة علم النفس والتحليل النفسى ، القاهرة ، دار سعاد الصباح .
- ٦ - لويس مليكة (١٩٩٧) . علم النفس الاكلينيكي - الجزء الأول : تقييم القدرات ، القاهرة . مطبعة فيكتور كرلس .
- ٧ - لطفى الشربيني (١٩٩٩) الإضطرابات النفسية : حقائق ومعلومات ، القاهرة كتاب الشعب الطبى ، دار الشعب .
- ٨ - محمد حسن غانم ، مجدى زينة (٢٠٠٥) إضطرابات الشخصية لدى فئات غير كإينيكية مصرية ، مركز الدراسات النفسية ، جامعة القاهرة ، الحولية الثانية ، إبريل
- ٩ - محمد حسن غانم (٢٠٠٤) إتجاهات حديثة فى العلاج النفسى ، القاهرة . جامعة حلوان .

- 10 - American Psychiatric Association (1980) **Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders** . washhington, D C.
- 11 - American Psychiatric Association (1987) **Diagnostic (Brd. c . rev.)** washington D C
- 12 - American Psyshiatric Association (1994) **Diagnostic and Statisti cal Manual of Mental disorders** ,washington . D C.

- 13 - American Psychiatric association (2000) : Diagnostc and Statistical Manual of Mental disorders, (4th ed - T R) .
Washington, DC
- 14 - Kaplan, H. A Sadock.h. (1996)Pocket Hand book of clinical Psychiatry . London, williamms & Wilkins. second Edition .
- 15 - World Health organi2ation (1992) the ICD - 10 classi Fication of Mental and behaviorl disorders, clinical descriptisn and diagnostic guidelines . Geneva

الفصل الثاني

إضطرابات القلق Anxiety Disorders

محتويات الفصل

وبائيات انتشار القلق

١ - إضطراب القلق العام

٢ - إضطراب الرهاب

٣ - إضطراب الهلع.

٤ - إضطراب الوسواس القهري.

٥ - إضطراب الضغوط التالية علي الصدمة

مقدمة

مما لا شك فيه ولا سبب متعددة تم إطلاق اسم : عصر القلق والإكتئاب على القرن العشرين (colman,Jo 1978) وإذا كان المؤرخون يرصدون قيام حربين عالميتين وما ترتب على ذلك من قتلى وجرحى وضغوط وتوترات وغيرها ، فإن القرن الواحد والعشرون قد أطل وما زالت الحروب الإقليمية مشتتة ، ليست فقط بين دولة وأخرى بل داخل الدولة الواحدة ، ولعل أحداث (١١ سبتمبر ٢٠٠١) وما ترتب من شن حروب من قبل أمريكا على أفغانستان ثم العراق واحتلالهما ، وتداعيات ذلك مع استمرار العنف اليومي في الحياة اليومية في العديد من المناطق خير معبر على استمرار القلق والإكتئاب والضغوط وغيرها من صور وتنوعات الإضطرابات .

وأضطرابات القلق Anxiety Disorders فئة تشخيصية مستقلة من بين التصنيفات المتضمنة في الدليل التشخيصي والإحصائي الثالث المعدل أو المراجع DSM III R, 1987 وكذلك الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع, DSM IV, 1994 والصادر عن الرابطة الأمريكية للأطباء النفسيين والذي يرصد العديد من الإضطرابات، ويجرى العديد من الدراسات حول الإضطرابات في العديد من دول العالم .

وقد أستقر الرأي على إن إضطرابات القلق تتضمن الفئات التشخيصية الآتية :

- ١ - إضطراب الهلع Panic .
- ٢ - الخوف من الأماكن الواسعة Agora Phobia (دون تاريخ من إضطراب الهلع .
- ٣ - المخاوف الإجتماعية الشاذة Social Phopia .
- ٤ - المخاوف الشاذة المحدده .
- ٥ - إضطراب الوسواس القهرى .
- ٦ - إضطراب الضغوط التالية للصدمة (PTSD) .
- ٧ - إضطراب الضغوط الحادة .
- ٨ - إضطراب القلق العام .
- ٩ - إضطراب القلق الناتج عن حالة طبية عامة .

١٠- إضطراب القلق غير المحدد في موضع آخر .

١١- إضطراب القلق الناتج عن تعاطي مواد معينة .

(APA., 1994)

وسوف نتناول في الصفحات القادمة بعضا من إضطرابات القلق مركزين على
المحاور الآتية في كل إضطراب :

- وبائيات الانتشار (الوبائيات) Epidemiology .
- تعريف الإضطراب Disor Der .
- محكات تشخيص الإضطراب Dia gnostic Criteria .
- الأسباب Reasion .
- العلاج Treat Ment .
- المسار والمآل Prognoses .

١ - اضطراب القلق العام .

1 - General Anxiety Disorder

مقدمة

يكفى أن نذكر بداية إلى أن الكثير من الكتابات التي تناولت الإضطرابات النفسية قد بدأت بذكر حقيقة مؤداها : إن الكثير من المؤرخون يرون أن القرن العشرين هو عصر القلق وذلك لأسباب وعوامل شتى (أنظر الفصل الأول من هذا الكتاب) ولذا فقد حظى القلق بأكبر إهتمام من جانب علماء النفس والطب النفسى وغيرهما من التخصصات على حد سواء ، حيث يقع اضطراب القلق Anyiety Disorder من وجهة نظر علم النفس المرضى فى القلب من الإضطراب النفسى ، فالقلق محور العصاب Neurosis والمرض الجوهري المشترك فى الإضطرابات النفسية بل فى أمراض عضوية شتى ، وهو أكثر فئات العصاب شيوعا إذ يكون من ٣٠ - ٤٠ ٪ من الإضطرابات العصابية تبعا للتصنيفات المبكرة ، ويجمع الباحثون على أن القلق هو المفهوم المركزى فى علم الأمراض النفسية ، وأصبح القلق حجر الزاوية فى كل من الطب النفس - جسمى Psychos Matic والنظرية الطب نفسية Psychiatric والتطبيقية كذلك .

(أحمد عبد الخالق ، ١٩٩٤ ، ص ص ١٣ - ١٤) .

مع ضرورة الأخذ فى الاعتبار أن القلق لم يعد وليد للعصر بل يمكن تتبع العديد من حالات القلق فى الأزمنة السابقة حيث المعاناة من الجوع والمرض والعبودية والحروب وكوارث عامة مختلفة جعلتهم معرضين للقلق مثلما نحن الآن

(أحمد عكاشة ، ١٩٩٨ ، ص ١٠٧)

ولذا فقد تزايدت الأبحاث والدراسات بل وتخصيص العديد من المراكز الملحقة فى كثير من الجامعات وذلك للتدريب على التعامل مع القلق .

(دايفيد شيهان . ١٩٨٨)

وبائيات إنتشار القلق :

تتعدد الإراء حول وبائيات إنتشار القلق ، وسوف نذكر بعضا منها :

- يصيب مرض القلق نحو خمسة فى المائة من السكان فى أى وقت بعينه ، وهو يصيب واحد فى المائة تقريبا إلى درجة العجز ، وأغلب المصابون به (ثمانون فى المائة من النساء ، والغالبية من هؤلاء فى سنوات القدرة على الإنجاب ، وتغرى زيادة إنتشار المرض فى النساء بالنسبة إلى الرجال أى تعرض النساء لألوان من الضغوط أكثر من تلك التى يتعرض لها الرجال .

(ديفيد شيهان ، ١٩٨٨ ، ٢٠)

- إن إضطراب القلق العام يصيب من ٣ - ٨ ٪ من السكان فى أى وقت ، وإن نسبة إصابة الإناث إلى الذكور تعادل ٢ : ١ ، وإن سن بداية الإضطراب تكون عادة فى بداية سن الرشد .

(Kaplan,H.& Sadock,B. , 1996)

- وفيما يتعلق بالدراسات التى تناولت التاريخ الاسرى لهذا الإضطراب فقد وجدت العديد من الدراسات أن نسبة الحدوث فى أقارب الدرجة الأولى ٢٥ ٪ . فى حين تضاربت النسبة فى نتائج أبحاث أخرى إذ وجدت أن نسبة القلق فى التوائم المتشابهة تصل إلى ٥٠ ٪ وأن حوالى ٦٥ ٪ يعانون من بعض سمات القلق وقد اختلفت النسبة فى التوائم غير المتشابهة فوصلت إلى ٤ ٪ ، أما سمات القلق فظهرت فى ١٣ ٪ من الحالات ، وأن النسبة السابقة يدلل أصحابها على الدور الذى تلعبه الوراثة فى ذلك .

(أحمد عكاشة ، ١٩٩٨ ، ص ١١١)

وفى دراسة لأحمد عكاشة وجد أن حوالى ٢٠ ٪ من جميع المرضى المترددىين على عيادة الطب النفسى بمستشفى جامعة عين شمس يعانون من القلق النفسى ، وهى أعلى نسبة بالنسبة لجميع الأمراض المختلفة النفسية والعقلية .

كما تبين فى مسح وبائى حديث فى الولايات المتحدة إن نسبة إنتشار إضطرابات القلق بين مجموع الشعب الأمريكى تصل إلى ٨ ٪ .

(أحمد عكاشة ، ١٩٩٨ ، ص ١١١)

تعريف القلق :

تتعدد التعريفات التى قدمت لمفهوم القلق ، وسوف نكتفى بأيراد بعضا من هذه التعريفات .

* « القلق شعور عام بالخشية ، أو أن هناك مصيبة وشيكة الوقوع أو تهديدا غير معلوم المصدر مع شعور بالتوتر والشده أو خوف لا مسوغ له من الناحية الموضوعية ،

وغالبا ما يتعلق هذا الخوف بالمستقبل والمجهول ، كما يتضمن القلق استجابة مفرطة مبالغ فيها لمواقف لا تمثل خطرا حقيقيا ، وقد لا تخرج في الواقع عن إطار الحياة العادية ، لكن الفرد الذي يعاني من القلق يستجيب لها غالبا كما لو كانت تمثل خطرا ملحا ومواقف تصعب مواجهتها ، .

(أحمد عبد الخالق ، ١٩٩٤ ، ص ١٤) .

* القلق حالة مرضية تتسم بالشعور بالتوجس المصحوب بعلامات جسيمة تشير إلى فرط نشاط الجهاز العصبي الذاتى ، ويختلف القلق عن الخوف بأن الأخير (أى الخوف) يمثل إستجابة لسبب معروف ، .

(Kaplan. H.,& Sadock,B., 1996)

* « شعور عام غامض غير سار بالتوجس والخوف والتحفز والتوتر مصحوب عادة ببعض الاحساسات الجسمية خاصة زيادة نشاط الجهاز العصبي اللاإرادى يأتى فى نوبات تتكرر فى نفس الفرد ، وذلك مثل الشعور بالفراغ فى فم المعدة أو السحبة فى الصدر ، والضيق فى التنفس أو الشعور بنبضات القلب ، أو « الصداغ » أو كثرة الحركة .. الخ »

(أحمد عكاشة ، ١٩٩٨ ، ص ١٠٧)

تصنيفات اضطراب القلق العام فى الدليل التشخيصى والإحصائى الرابع

DSM IV, 2000

إضطرابات القلق : Anxiety Disorder

وتشمل تلك الإضطرابات الفئات الإضطرابية الآتية :

أ - المخاوف الشاذة Phobias

ب - القلق العام Genaralised Anxiety

ج - إضطراب الهلع Panic Disorder

د - إضطراب الوسواس القهرى Obsessive Compulsive Disorder

ح - إضطراب لانعصاب التالى للصدمة Post - Trumaticd isorder

ز - إضطراب القلق غير المصنف فى مكان آخر

Aniety Disorden N.O.S

٢ - الإضطرابات جسمية الشكل : Somatoform Disorder

وتتضمن تلك الإضطرابات مايلى :

أ - اضطراب التجسدن (أى الجسد) Somatisation Disorder

ب - اضطراب جسمى الشكل وغير متميز .

Undifferentiated Somatoform Disorder

ج - اضطراب التحول Coonversion Disorder

د - اضطراب الألم Pain Disorder

هـ - توهم المرض Hypochondriasis

و - اضطراب التوهم بتشوة الجسم Bldy Dysmotphic Disoder

ز - اضطراب جسمى الشكل غير مصنف فى مكان آخر

Somatoform Disorder N.O.S.

٣ - الاضطرابات الإنشاقية Dissociative Disorder

وتتضمن هذه الفئة الاضطرابات التالية :

أ - النساوة الإنشاقية Dissociative Amnesia

ب - الشرود الإنشاقى Dissociative Fugue

ج - اضطراب الهوية الإنشاقية Dissociative Identity Disordrder

د - اضطراب إختلال الانية Deper Sonali sation Disorder

هـ - الاضطراب الإنشاقى غير مصنف فى مكان آخر

Dissociative Disorder N. O. S.

٤ - اضطرابات المزاج Mood Disorders

وتتضمن هذه الفئة الاضطرابات الآتية :

أ - نوبة الإكتئاب العظمي Major Depressive Episode

وتشمل بدورها اضطرابين هما :

١ - عسر المزاج Dysthmic

٢ - الاضطراب الإكتئابى غير المصنف فى مكان آخر

Deprassive Disorder N.O. S.

ب - الاضطراب ثنائى القطب Bipolar Disorder

وتتضم بدورها فئتين هما :

١ - المزاج الدورى أو المتناوب Cyclothmic

٢ - الإضطراب ثنائى القطب غير المصنف فى مكان آخر

Bipolar Disorder N.O.S.

(APA. , 2000)

معايير تشخيص إضطراب القلق العام فى الدليل الرابع التشخيصى والإحصائى
الرابع :

قبل أن نتعرض لمعايير التشخيص الخاص بإضطراب القلق العام يجب أن نشير
فى عجالة إلى مجموعة من الحقائق (فى هذا المجال) أوردها تيموثى أ . براون
وآخرون Timohy A. Prown. et al وهى :

أ - ربما لا نجد فئة من فئات الإضطراب النفسى قد طرأ عليها من التغيير
والتعديل فى الأثنى عشرة سنة الأخيرة مثلما طرأ على إضطراب القلق العام .

* فعند نشر الطبعة الثالثة من الدليل التشخيصى والإحصائى الثالث
للإضطرابات النفسية DSM III عام ١٩٨٠ تغير اسم فئة القلق الفرعية من عصاب
القلق Anxiety Neurosis إلى حالات القلق Anxiety States ولقد احتوت هذه
الفئة التشخيصية الفرعية على تشخيصين محددين هما : إضطراب الهلع Panic
Disorder وإضطراب القلق العام مع ضرورة وجود ثلاثة أعراض على الأقل .

* ومع ذلك فقد ورد بالدليل التشخيص الثالث إننا لا يمكن أن نقر بوجود
إضطراب القلق العام كتشخيص معتمد حيث كان من الممكن اغفال إضطراب القلق
العام بمعنى إذا اشتكى المريض من القلق العام والمخاوف الإجتماعية يتم تشخيصه
على أنه يعانى من المخاوف الإجتماعية .

* ونتيجة للعديد من الملاحظات العيادية والدراسات فقد حدث تعديل فى
الدليل التشخيصى والإحصائى الثالث المراجع (DSM III R, 1987) حيث إعيدت
صياغة زملة التوقع الإدراكى ضمن محكات تشخيص القلق العام . مع مراجعة فى
الإعراض المصاحبة ليتم ضرورة وجود ستة أعراض على الأقل من بين ثمانية عشر
عرضا يشكلون فيما بينهم ثلاث زملات وهى :

١ - التوتر الحركى .

٢ - النشاط الذاتى المفرط .

٣ - التنبيه والفحص الدقيق أو الإحاطة .

إضافة إلى وضع محك المعاناة من الإنزعاج الشديد لفترة زمنية لا تقل عن (٦) أشهر أو أكثر .

ب - فى الطبعة الرابعة 1994 , DSM IV تمت مراجعة محكات اضطرابات القلق العام مراجعة دقيقة وفى الطبعات التى تلت ذلك (آخرها عام ٢٠٠٠) فقد تم إجراء العديد من التعديلات فى الأعراض (المناسبة لإمكانية التشخيص) من ١٨ إلى ٦ أعراض فقط) وغيرها من التعديلات .

(تيموثى براون وآخرون ، ٢٠٠٢ ، ص ص : ٣٣٦ - ٣٤٠) .

المحكات التشخيصية لاضطراب القلق العام :

وفقا للدليل الأمريكى التشخيصى والإحصائى الرابع لتصنيف الاضطرابات النفسية يضاف القلق العام كالاتى :

أ - قلق وإنزعاج شديد (توقع إدراكى) يدور حول عدد من الاحداث أو النشاطات يستمر حدوثه أياما عديدة لا تقل عن ستة شهور .

ب - يجد الشخص صعوبة بالغة فى السيطرة على انزعاجه وتوتره .

ج - يرتبط القلق والإنزعاج - على الأقل - بثلاثة من الأعراض الستة الآتية:

١ - ملل أو شعور بالضيق وإن الشخص يشعر كما لو أنه على حافة الهاوية .

٢ - سهولة الشعور بالتعب والإرهاق ومن أقل مجهود يبذله .

٣ - صعوبة التركيز وإدراك العقل وكأنه قد أصبح (خالى الوفاض) .

٤ - سرعة وسهولة الإستشاره .

٥ - الشعور بشد عضلى وتوتر .

٦ - المعاناة من صورة أو أكثر من اضطراب النوم .

د - لا يتركز القلق أو المعاناة حول إحدى خصائص اضطرابات المحور الأول الأخرى مثل : القلق من التعرض لنوبة هلع (اضطراب الهلع) أو الشعور بالخرج فى المواقف الإجتماعية (الفوبيا الإجتماعية) أو الإتساخ (اضطراب الوسواس القهرى) أو الابتعاد من المنزل والأقارب (اضطراب قلق الانفصال) أو نقص الوزن (فقدان الشهية العصبى) أو المعاناه من شكاوى جسمية متعددة (اضطراب التبدين) أو المعاناة من مرض خطير (توهم المرض) ، أو أن يقتصر ظهور القلق وإنشغال البال

أثناء اضطراب الكرب الناتج عن الصدمة .

هـ- إن يؤدي القلق وإنشغال البال أو الاعراض الجسمية المصاحبة إلى معاناه إكلينيكية ملحوظة أو أن يتحلا بالوظائف الإجتماعية المهنية أو غيرها من الوظائف المهمة .

د - إلا يكون الإضطراب نتيجة مباشرة لتعاط مادة (دواء أو مادة مخدرة) أو مرض جسمي (مثل فرط النشاط للغدة الدرقية) والا يقتصر ظهوره على فترات الإصابة باضطراب وجداني أو اضطراب ذهاني ، أو اضطراب تشوه النمو والارتقاء .
(APA. , IV, 2000)

والقلق يدرج في التصنيف الدولي العاشر للإضطرابات النفسية والسلوكية ICD-10 كالآتي :

اضطرابات القلق هي الاضطرابات العصابية والاضطرابات المتعلقة بالضغوط ، والاضطرابات الجسمية المظهر ، وقد وضعت هذه الاضطرابات معا في هذه المجموعة بسبب ارتباطها التاريخي بمفهوم العصاب .

وهذه المجموعة من الاضطرابات تقسم الى الفئات السبع الآتية :

١ - اضطراب القلق الرهابي Phobic anxiety disorders

وتشمل أساسا :

أ - رهاب الخلاء .

ب - الرهاب الإجتماعي .

ج - الرهاب النوعي (المنعزل) .

٢ - اضطرابات القلق الأخرى other anxiety disorders

وتشمل أساسا الفئات الإضطرابية الآتية :

أ - اضطرابات الهلع والقلق النوبى الفجائى الشدة Episodic paroxysmal

ب - اضطراب القلق المعمم .

ج - اضطراب القلق والاكتئاب المختلط .

د - اضطرابات القلق المختلفة الأخرى .

هـ - اضطرابات القلق النوعية الأخرى .

٣ - اضطراب الواسواس القهري

ويشمل الأفكار والأفعال القهرية المسيطرة والطقوس الوسواسية
obsessional rituals

٤ - رد الفعل للضغوط الشديدة واضطرابات التوافق

Reaction to severe stress and adjustment disorders

وتشمل أساسا الفئات الآتية :

أ - رد الفعل الحاد للضغوط .

ب اضطراب الضغوط التالي على الصدمة .

ج - اضطرابات التوافق (رد الفعل الاكتئابي القصير ، رد الفعل الاكتئابي
الممتد ، رد فعل القلق والاكتئاب المختلط ، ومع اضطرابات انفعالية أخرى مسيطرة ،
ومع اضطراب سلوك مسيطر ، ومع اضطراب انفعالات وسلوك مختلط ، ومع أعراض
مسيطرة أخرى محددة النوعية ، وردود فعل أخرى للضغوط الشديدة) .

٥ - الاضطرابات التفككية (والتحويلية) . Dissociative (conversion)

وتشمل الفئات الآتية :

أ - فقدان الذاكرة التفككي (أو النساوه) Dissociative Amnesia

ب - الشرود التفككي Dissemminative Fugue

ج - اضطرابات النفسية (أو الغشاوه) والتلبس

Trance and possession disorders

د - الاضطرابات الحركية التفككية Dissociative

هـ - الذهول التفككي Dissociative

و - التشنجات التفككية Dissociative convulsions

ز - الحذر التفككي والفقدان الحسي

Dissociative anesthesia and sensory loss

ح - الاضطرابات التفككية المختلطة

Dissociative mixed disorders

ط - الاضطرابات التفككية الأخرى ك مثل

١ - اضطراب الشخصية المتعدد Ganser's syndrome

٢ - وغيرها من الاضطرابات .

٦ - الاضطرابات الجسمية المظهر : Somatoform Disorder

وتتضمن الفئات الآتية:

أ - اضطراب الاستغراق الجسدي Somatization disorders

ب - الاضطراب الجسمي المظهر غير المميز Undifferentiated disorder

ج - اضطراب توهم المرض Hypochondriacal disorder

د - اختلال مظهر الجسم الوظيفي

Somatoform autonomic dysfunction

وتتضمن هذه الفئة : رد الفعل الحاد للضغوط التالية على الصدمة ، واضطرابات التوافق (رد الفعل الاكتئابي القصير ، رد الفعل الاكتئابي الممتد ، رد فعل القلق والاكتئاب المختلط ، مع اضطراب انفعالات أخرى مسيطرة ، ومع اضطراب سلوك مسيطر ، وردود فعل أخرى للضغوط الشديدة .

٧ - الاضطرابات العصبية الأخرى : Other neurotic disorders

وتتضمن الفئات الاضطرابية الآتية :

أ - عصاب الوهن النفسي أو الاجهاد neurasthenia

ب - زملة اختلال الانية واختلال إدراك الواقع

Depersonalization, derealization syndrome

ج - اضطرابات عصبية نوعية أخرى :

(W H O , 1992 pp. 132 - 175)

وعلى الرغم من التقارب بين الفئات التشخيصية للقلق في الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع (D S M IV 2000) والتصنيف الدولي العاشر (I C D, 10) لمنظمة الصحة العالمية إلا أن الدليل التشخيصي والإحصائي يظل الأكثر وضوحاً ، وبالتالي استخداماً في التشخيص في العديد من دول العالم .

القلق وما يرتبط به من مفاهيم :

١ - حالة القلق : State Anyiety وسمة القلق Trait Anxiety يذكر سبيلبيرجر أن كثيرا من الغموض والخلط المرتبط بمعنى القلق ومفهومه ينتج عن عدم التمييز في استخدام هذا المصطلح للإشارة إلى اثنين من المفاهيم البنائية Counstroct المرتبطة معا برغم أنها مختلفة ، إذ غالباً ما يستخدم مصطلح القلق بمعنيين :

الأول : لوصف حالة إنفعالية غير سارة تتميز بمشاعر ذاتية من التوتر والخشية والكدر أو الهم وتنشيط (أو إثارة) الجهاز العصبي اللارادی أو المستقل . وتحدث حالة القلق عندما يدرك الشخص منبها معينا أو موقفا على أنه يمكن أن يحدث الأذى أو الخطر أو التهديد بالنسبة له .

ثانيا : يستخدم مصطلح القلق ليشير إلى فروق فردية ثابتة نسبيا في الإستهداف Proneness للقلق بوصفة سمة في الشخصية ، ولا تظهر سمة القلق مباشرة في السلوك أو إن كان يمكن استنتاجها من تكرار ارتفاع حالة القلق لدى الفرد عبر الزمن وشدة هذه الحالة ، كما أن الاشخاص ذوي الدرجة المرتفعة في سمة القلق كالعصابيين مثلا قابلون لإدراك العالم على أنه خطر ومهدد أكثر من الأفراد ذوي الدرجات المنخفضة في سمة القلق .

(أحمد عبد الخالق ، ١٩٩٤ ، ١٩ - ٢٠)

٢ - القلق والخوف :

عادة ما يكون الخوف والقلق وحده ملتصقه ، لكن هناك بعض الفروق ما بين القلق والخوف يلخصها أحمد عكاشة في الجدول الآتي :

مقارن المقارنة	القلق	الخوف
السبب والموضوع	مجهول	معروف
التهديد	داخلي	خارجي
التعريف	غامض	محدد
الصراع	موجود	غير موجود
المدة	مزمنة	حاددة

(أحمد عكاشة ، ١٩٩٨ ، ص ١٠٨)

كما أن القلق الشديد تصاحبه مجموعة من التغيرات الفسيولوجية تتمثل في زيادة ضغط الدم ، ضربات القلب ، توتر العضلات ، مع تحفز وعدم إستقرار وكثرة الحركة ، أما الخوف الشديد فيصاحبه تغيرات فسيولوجية تتمثل في إنخفاض ضغط الدم وضربات القلب وإرتخاء فى العضلات مما يؤدي أحيانا إلى حالة إغماء .

(أحمد عكاشة ، ١٩٩٨ ، ١٠٧)

— القلق والوسواس القهرى :

اثبتت العديد من الابحاث الدراسات وجود علاقة ما بين القلق وإضطراب الوسواس القهرى تتلخص فى :

أ - إن القلق هو الاساس فى إضطراب الوسواس القهرى والدليل أنه فى العلاج بالغمر ومنع الإستجابة يحدث إنطفاء أو تلاشى من الخوف أو القلق الشرطى .

ب - هناك علاقة ما بين القلق وحدث كل من التفكير الوسواسى والفعل القهرى ، وإن مريض الوسواس يفوز لديه (عامل القلق) ولذا لا يستطيع أن يمنع نفسه من تكرار السلوك .

ج - إن القلق تقل حدته حين يقوم مريض الوسواس بتكرار أو تنفيذ الفعل القهرى .

وكل ما سبق يؤكد حقيقة أن القلق المرضى هو المكون الاساسى فى إضطراب الوسواس القهرى (بكافة صورة وأشكاله) .

(أحمد عبد الخالق ٢٠٠٢ ، ص ٢٠٢ - ٢٠٦)

٤ - القلق السوى والقلق المرضى :

فى الغالب يكون القلق السوى خارجى المنشأ وهو الذى يخبره الفرد فى الأحوال الطبيعية كرد فعل للضغط النفسى أو الخطر ، أى عندما يستطيع الفرد أن يميز بوضوح شيئاً يهدد أمنه وسلامته . (دافيد شيهان ، ١٩٨٨ ، ١٧ - ١٨) فى حين يكون القلق المرضى داخلى المنشأ أو لذا فهو خوف مزمن من دون مبرر موضوعى مع توافر أعراض نفسية وجسمية شتى دائمة إلى حد كبير ، فهو قلق مرضى Morbid يسمى أحيانا بالقلق الهائم الطليق Free Floating Anxiety والقلق المرضى هو العرض المشترك والظاهرة الأساسية والمشكلة المركزية فى كل الإضطرابات العصابية .

(أحمد عبد الخالق ، ١٩٩٤ ، ١٥ - ٦١)

٥ - قلق الموت : Death Anxiety

قلق الموت إستجابة إنفعالية مكدره ، ومشاعر شك وعجز وخوف تتركز حول ما يتصل بالموت والإحتضار لدى الشخص نفسه أو ذويه .

(أحمد عبد الخالق ، ٢٠٠٥ ، ص ١١٩)

٦ - قلق الإحتضار : Dying Anxiety

قلق الإحتضار يحدث نتيجة للخوف من هذه (العملية غير المنتهية) وما يتنازع الشخص فيها من أمل فى ألا يكون هذا هو المرض الأخير أو اليأس والقنوط من الشفاء .. وقد يغزى هذا القلق بعض الإعتقادات الدينية المتصلة بخروج الروح من الجسد وما يستلزمه خروجها من حشجة وكرب ومشقة وهلع .

(أحمد عبد الخالق ، ٢٠٠٥ ، ص ص ١٢٦ - ١٢٧)

الأعراض الأكلينيكية للقلق النفسى :

نستطيع حصر الأعراض الإكلينيكية للقلق النفسى فى نوعين من القلق لكل منهما أعراضه الخاصة :

١ - القلق الحاد : وأعراضه النفسية تتلخص فى :

أ - حالة الخوف الحاد : Panic State حيث يظهر التوتر الشديد والقلق الحاد المصحوب بكثرة الحركة أو عدم القدرة على الإستقرار مع سرعة التنفس ، والكلام السريع غير المترابط .

ب - حالة الرعب الحادة : Terror State وأهم ما يميز هذه الحالة هو عدم الحركة والسكون المستمر مع تقلص العضلات والإرتجاف مع ظهور عرق بارد غزير .

ج- إعياء القلق الحاد : Anietg Exhaustion Syndrome

مع إستمرار القلق يصاب الفرد بإجهاد جسيم ، ويصاب بالأرق الشديد لعدة أيام ، وينعكس هذا الإعياء على وجه وسلوك وانفعالات ولغة الشخص المنهك .

٢ - القلق المزمن : وهو مرحلة تالية من الإصابة تنتج من خلال استمرار القلق لمدة طويلة دون علاج وله العديد من الأعراض والعلامات .

أ - الأعراض الجسمية : حيث تتأثر جميع أجهزة الجسم الحشوية ولذا من المتوقع أن يشكو الشخص من عديد من الأعراض الخارجية : بالجهاز القلبي الدورى ، الجهاز الهضمى ، الجهاز التنفسى ، الجهاز العصبى ، الجهاز البولى والتناسلى ، الجهاز

العضلى ، الجلد ، جهاز الغدد الصماء .

فى حين تكون الأعراض النفسية : الخوف ، التوتر أو التهيج العصبى ، ضعف القدرة على التركيز ، فقدان الشهية للطعام ، تناول الخمر أو العقاقير المنومة أو المهدئة ، الأمراض السيكوسوماتية .

(أحمد عكاشة ١٩٩٨ ، ١١٢ - ١١٩)

أسباب القلق :

نستطيع حصر أسباب القلق فى العوامل والأسباب الآتية :

أولا : العوامل البيولوجية : وقد تم حصرها فى العوامل الآتية :

١ - زيادة نشاط الجهاز العصبى الذاتى ولاسيما الشق السيمبثاوى .

٢ - زيادة إطلاق مواد الكاتيكول أميد Catecholamines فى الدم .

٣ - إرتفاع نسبة نواتج أيض التور أدريئالين .

٤ - إنخفاض الفترة الفاصلة بين بدء النوم وظهور حركة العيلىن السريعة أثناء النوم (نوم الأحلام) وإنخفاض مدة مرحلة النوم الرابعة (النوم العميق) كما فى الإكتئاب .

٥ - إنخفاض تركيز حامض (جاما بيوتيريك) مما يؤدى إلى زيادة نشاط الجهاز العصبى المركزى .

٦ - إزدىاد ناقل السيروتونين العصبى بسبب القلق ، وإزدىاد النشاط الدوماىن المرتبط بالقلق .

٧ - ظهور بؤرة نشطه فى الفص الصدغى .

٨ - إزدىاد نشاط البقعة الزرقاء الموجودة فى النخاع المستطيل (حركة العصبونات النور أدريئاليه) (Kaplan. H. & Sadock, B , 1996)

ثانيا : النظريات النفسية والقلق :

تتعدد النظريات والإجتهادات التى قدمت لتفسير كيفية نشوء القلق وربما كل نظرية لها وجهة نظر فى القلق ، وسوف نقتصر على إبراز بعض النظريات التى قدمت لأسباب القلق .

١ - فرويد والقلق : نستطيع أن نلخص وجهة نظر فرويد (مؤسس مدرسة التحليل النفسى فى القلق فى :

* يرى فرويد أن هناك ثلاثة أنواع للقلق هي : القلق الواقعي ، والقلق الأخلاقي ، والقلق العصابي .

* وإن الفرد حين يفشل في مواجهة القلق فإنه قد يلجأ إلى العديد من وسائل وآليات للدفاع ضد مخاطر القلق .

* وإن هناك علاقة وثيقة بين الكبت الجنسي والقلق ، وكذلك الصراع الأول بين الطفل وأحد الوالدين من الجنس المخالف .

* كما ربط فرويد بين القلق والحرمان أو التهديد به وبين خطر الإخصاء الذي يثير القلق في المرحلة الأوديبيية (القضيبية) ، كما ربط بين القلق وبين الخوف من الأنا الأعلى والخوف من نبذ المجتمع .

* كما فرق فرويد بين العصابي أو المرضي والقلق الموضوعي فالأول ينتج من خطر كامن في الدوافع الغريزية الفطرية في حين أن الثاني (أي القلق الموضوعي) يكون ناتجا أو كامنا في العالم الخارجي وحين يدرك الفرد أنه عاجز عن مواجهة أخطار العالم الخارجي فإنه يستشعر نوعا من القلق .

(Davison & Neale, 1994 , PP. 25 - 36)

ب - يونج ووجهة نظره في القلق :

* اختلف يونج Jung مع فرويد فما يتعلق بمفهوم اللبيدو والجنس أساسا . وافترض أن هناك مستودعا كبيرا للطاقة عامة غير متميزة تنبثق منها القوى الدافعة للإنسان في حياته ، وأدخل مفهوم اللاشعور الجمعي ويرى أن القلق عبارة عن رد فعل يقوم به الفرد حينما تغزو عقله قوى وخيالات غير معقولة صادرة عن اللاشعور الجمعي .

(جمعة سيد يوسف ، ٢٠٠١ ، ٧٢ - ٧٣)

هـ - أوتورانك ووجهة نظره في أسباب القلق :

يرى أوتورانك Otto Rank إن صدمة الميلاد (عملية الولادة في حد ذاتها) مصدرا لمعظم القلق الذي يشعر به الفرد في مستقبل حياته وعلى أساس التهديد بأنه منفصل عن مأوى الحب والأمن . ويرى (أوتورانك) أن الإرادة ه أهم قوة حيوية في تكامل الشخصية أو تفككها . وأن العصابي شخص معتمد وغير ناضج انفعاليا ولم تتطور أمكانياته من الضبط ومن تأكيد الذات .

(أحمد عكاشة ، ١٩٩٨ ، ص ١٠٠)

أما أصحاب مدرسة السلوكية (أمثال بافلوف ، ميللر ، باندورا .. الخ) فأنهم يلخصون اسباب القلق في :

أ - ينتج القلق من الاحباط أو الضغوط النفسية التي يتعرض لها الفرد .
 ب - بمجرد المرور بخبره (ساره أو مؤلمة) فأنها تتحول إلى إستجابة مشروطة ترتبط (عن طريق التعميم) بمواقف أخرى أقل شدة واحباطاً واحداثاً للضغط النفسى .

ج - يتم تعلم القلق من خلال التوحد بالوالدين ، أو تقليد أنماط القلق الخاصة بهما (على سبيل المثال نظرية التعلم الإجتماعى لباندورا) .

د - يرتبط القلق بالمؤثرات (المثيرات) الطبيعية الخارجية المخيفة مثل الخوف من الحوادث أو التعرض لها ، ثم ينقل من خلال مثير آخر من خلال الفعل الشرطى فيؤدى ذلك إلى ظهور الفوبيا لذا لا عجب أن نجد (القلق) هو المركز والمنطلق الاساسى خلف كافة أنواع الإضطرابات العصابية .
 (Kaplan. H. & Sadock, B. , 1996)

- كما أكد البعض على أهمية ضرورة أخذ الضغوط البيئية فى الاعتبار وهناك نوعين من الضغوط وهما :

أ - الضغط المباشر الذى تسببه الأشياء التى تحدث إختلالاً للفرد فى بيئته الخارجية (طلاق ، موت ، رسوب ، مرض خطير .. الخ) .

ب - الضغط غير المباشر : والذى يرتبط بالصراع بين قوتين متعارضتين وعدم الحسم (عين فى الجنة وعين فى النار) ، (يتمنعن وهن الرغبات) ، (نفسى فيه وأقول إخيّه) .. الخ .

بيد أن الضغوط وحدها قد لا تسبب القلق واضطرابه بل أن اشتدادها واستمرارها ، وتشابكها ، ونقص المقاومة وغياب التشجيع والمساندة من البيئة .. كل ذلك وغيره قد يؤدى إلى (فاعلية) الضغوط على الشخص وبالتالى حدوث إضطرابات القلق .

(دافيد شيهان ، ١٩٨٨)

علاج القلق : تتعدد المداخل التى تتعامل مع اضطراب القلق العام ويمكن تلخيصها فى النقاط الآتية :

أ - العلاج الدوائى :

١ - الديازيبام (الفاليوم) .

- ٢ - التوفرانيل (مضاد اكتئاب) .
 - ٣ - الالبرازولام (زاناكس) .
 - ٤ - البارنات (احد مثبطات خميرة أمين الاوكسيداز الاحادية) .
 - ٥ - بيوسبار .
 - ٦ - الايددرال (منظم ضربات القلب) .
 - ٧ - الكلونازيام .
 - ٨ - الكلوميبرأمين .
 - ٩ - الفلوكزيتين (البروزاك) .
- (Kaplan, H. & Sadock, B., 1996)

ب - العلاج النفسى : وتتعدد صور العلاج النفسى وفقا للمدرسة التى ينتمى إليها المعالج ، بل من الممكن أن نجد اختلافات داخل المدرسة الواحدة ، وسوف نشير فى عجلة إلى بعض الإسهامات فى مجال العلاج :

أ - المدرسة التحليلية النفسية :

حيث يرى فرويد إن السلوك الشاذ تعبير عن صراعات نفسية داخلية ، وهو يعتقد أن كل شخص (يكبت) أو يدفع من الشعور والخبرات المؤلمة والمثيرة للقلق فضلا عن الرغبات والصراعات وعندما تكبت هذه المواد تصبح لاشعورية ، ومع ذلك فهى تؤثر فى السلوك الشخصى والاجتماعى للأفراد دون أن يكونوا على وعى بالسبب الحقيقى لأفعالهم وأقوالهم ومن ثم يتلخص الهدف من العلاج فى جعل ما هو لاشعورى شعوريا ويقع على عاتق المعالج أن يساعد المريض على اكتشاف الذكريات والدوافع والصراعات المكبوتة التى يفترض إنها تحدد سلوك المريض ويجعله المعالج على وعى بها عن طريق استخدام العديد من القنيات العلاجية .

(أحمد عبد الخالق ، ١٩٩٤ ، ٤٨ - ٤٩)

٢ - العلاج السلوكى : حيث نجد العديد من الأساليب العلاجية مثل :

أ - العلاج بالإسترخاء (سواء) الإسترخاء العضلى أو النفسى)

(عبد الستار إبراهيم ، ١٩٩٨)

وسوف نطيل الحديث قليلا عن الاسترخاء relaxation إذ إن تعلم الاسترخاء يمنح الشخص مهارة وخبرة تمكن المعالج والشخص العادى من استثمارها فى اغراض عديدة منها :

- ١ - إمكانية إستخدام الاسترخاء مع أسلوب التطمين التدريجى فى المواقف المثيرة للقلق .
 - ٢ - يستخدم الاسترخاء بوصفه أسلوب من أساليب العلاج الذاتى والضبط فى حالات القلق الفعلى .
 - ٣ - يستخدم الاسترخاء مع العلاج بطريقة السيكودراما وخاصة حين يطلب المعالج من المريض تمثيل دور شخص ما عادة ما يكون مصدر القلق لديه عالياً أو مرتفعاً .
 - ٤ - يستخدم الاسترخاء للمساعدة مع تغيير الاعتقادات الفكرية الخاطئة ، ومن ثم علاج القلق والمخاوف وتوهم المرض .
 - ٥ - يمكن أن يستخدم الاسترخاء فى علاج كثير من الاشكال المرضية كعلاج الضعف الجنسى .
 - ٦ - يستخدم الاسترخاء فى التخفيف من بعض الأمراض العضوية ، أو تخفيف حدة الآلام مثل .
- الروماتيزم والألم المزمن ، الصداع النصفى ، الآم الظهر ، الآم الرقبة ، إرتفاع ضغط الدم ، الإرهاق بعد النشاط العقلى المستمر ، الاكتئاب ، القلق ، اضطرابات النوم مع كبار السن ، الأطفال ذوى المشاكل المتعددة .
- (Karen & syrjala, 1999 ، عبد الستار إبراهيم ١٩٩٨)

أنواع الرسترخاء :

تتعدد أنواع الإسترخاء العضلى مع ملاحظة أن هناك تداخلا بينها ، وان المعالج يستخدم نوعا معينا من الإسترخاء يتناسب مع حالة الفرد .

ولعل أهم أنواع الإسترخاء :

- ١ - الإسترخاء العميق .
- ٢ - الإسترخاء الموجز .
- ٣ - الإسترخاء المتدرج .
- ٤ - الإسترخاء العصبى العضلى التأثيرى .
- ٥ - الاسترخاء المتباين .
- ٦ - الإسترخاء السريع .
- ٧ - الإسترخاء المصغر .

(أمثال هادى ، أحمد عبد الخالق ، ٢٠٠٢ ، ص ٢٧٧ - ٢٧٨)

تعليمات تمرين الإسترخاء العضلى العميق

ولقد إستخدم كاتب هذه السطور تمارين الإسترخاء مع فئات إدمانية تميزت بالقلق الشديد وكانت النتيجة جيدة فيما يتعلق بإستخدام الإسترخاء .

إذا كان الشخص يجلس على كرسى ، متحرك ، دعه يحرك ظهره للوراء حتى يتخذ وضعاً مريحاً ، وأطلب منه أن يريح ذراعيه ويديه علي المسندين وأن يمد ساقيه للأمام . أشرح له بالحركة التمارين العضلية المطلوبة ودعه يخلع النظارة أو العدسات اللاصقة .

إرخاء اليدين والذراعين :

إجلس مستريحاً فى الكرسى أغمض عينيك حتى تتمكن من التركيز .. ضم أصابع يديك اليمنى على شكل قبضة ... شد عضلات اليد أكثر وأكثر ... ركز على الشد الذى تحس به فى عضلات اليد ... إستمر فى اصابعك ولاحظ الشد العضلى فى يدك وساعدك ... والآن استرخى ... زرخى عضلات أصابع يدك اليمنى ولاحظ الفرق فى الإحساس والعضلات مشدودة وبعد إرخائها ... مرة أخرى ضم أصابع يدك المبنى بشدة إستمر فى الشد ... والآن أرخى أصابع يدك وإفرد الأصابع ... لاحظ الفرق مرة أخرى بين إحساس عضلات اليد المشدودة وإحساسك بها وهى مسترخية ... (نفذ التعليمات لليد اليسرى مرتين) ... إستمر فى إرخاء يديك .

والآن أترك يديك مسترخيتين تماماً ، وننتقل إلى عضلة الذراع اليمنى ... أنثى كوعك الأيمن ... شد عضلة الذراع الأمامية اليمنى وعضلات الساعد الأيمن ... شد العضلات بقوة أكبر ركز على الإحساس بالشد ... والآن إفرد ذراعك الأيمن وإرخيه تماماً ولاحظ الفرق بين إحساس الشد والإرخاء وأترك ذراعك المسترخى فى وضعه النريح على مسند الكرسى تكرر مرة أخرى (نفذ التعليمات بالنسبة للذراع الأيسر) والآن لاحظ زيادة شعورك بإستخاء اليد الميمنى ... اصابع اليد اليمنى ... الساعد الأيمن والذراع الأيمن ... وكذلك لاحظ زيادة شعورك بإسترخاء اليد اليسرى ... أصابع اليد اليسرى ... الساعد الأيسر والذراع الأيسر ... ذراعك ويدك مسترخيان تماماً ... أو الآن سنترك الذراعين واليدين مسترخيتين فى وضع مريح على المسندين وننتقل إلى منطقة الرأس .

إرخاء الجبهة والعينين والوجه والرقبة والكتفين :

سنبدأ بالجبهة ... حتى تشد عضلات الجبهة ، قطب جبينك ... قطبة بصورة

أشد ... أجعله مشدوداً وكأنك تكشر وجهك .. والآن أرخي عضلات الجبين .. وتخيل أن جبينك أصبح ناعماً مع زيادة إسترخائه (نفذ التعليمات مرة أخرى) ... والآن ننتقل للعينين ... أغمض عينيك بقوة أكثر وأكثر .. لاحظ إحساس توتر عضلات العينين ... والآن أرخي عضلات العينين وإستمر في أغماضهما .. لاحظ إحساس إسترخاء عضلات إسترخاء عضلات العينين ... والتوتر يختفي ويحل محله إحساس بإسترخاء أكبر وعينيك كغمضتان ومستريحتان (مرة أخرى) ... حسنا ... ننتقل الآن إلى باقى الوجه ... ركز على على أسنانك ولاحظ توتر عضلات الفكين ... والآن إرخي عضلات الفكين والوجه تماماً ... والآن ركز على عضلات الرقبة ... أضغط برأسك إلى الخلف على ظهر الكرسي بشدة ... لاحظ التوتر ... إرخي الرقبة ودع رأسك يعود إلى وضعه السابق المريح ... ننتقل الآن إلى الكتفين ... أرفع كتفيك إلى أعلى مع شد عضلاتهما ... استمر في الشد ... إرخي الكتفين ... دع الإسترخاء يزيد في الرقبة والكتفين ... أرفع كتفيك مرة أخرى ... لاحظ توتر عضلات الكتفين وأعلى الظهر ... إرخي الكتفين واسترخي تماماً ... دع الإسترخاء ينساب في كتفيك وظهرك ... إرخي عضلات الرقبة والكتفين ... والجبهة والعينين وكل الوجه ... ننتقل الآن إلى الصدر والبطن .

إرخاء الصدر والبطن :

تنفس ببطء وهدوء ... شهيق ... زفير ... لاحظ كيف زاد إسترخاء جسمك ... لاحظ إحساس الإسترخاء أثناء تنفسك المريح ... والآن أكتم نفسك ... لاحظ التوتر المصاحب ... أطرده الهواء من صدرك تاركاً عضلات الصدر تسترخي وتطرد الهواء بنفسها ... إستمري في التنفس المريح والمنتظم ... إستمري في الإسترخاء ... لاحظ إسترخاءك وإستمتع به ... والآن تنفس بعمق وأكتم النفس مرة أخرى ... حسنا أترك الهواء يخرج من صدرك ولاحظ إحساسك بالراحة ... تنفس بصورة طبيعية ... استمر في إسترخاء عضلات الصدر ... ودع الإسترخاء ينشر إلي كتفيك ورقبتك ووجهك وذراعيك ... أترك نفسك تسترخي وإستمتع بالإسترخاء ... والآن ننتقل إلي عضلات البطن ... شد عضلات البطن بقوة ... لاحظ التوتر ... إرخي عضلات البطن ... الآن ... دع العضلات تسترخي ولاحظ الفرق بين الشد والإسترخاء (مرة أخرى) .

إرخاء الساقين والقدمين :

شد عضلات ساقيك وقدميك ... إثنى قدميك إلى أسفل بعيداً عن جسمك حتى

تشد عضلتى مؤخرة الساق (لفترة وجيزة حتيلا يصاب العميل بالشد العضلى) ...
والآن إرخى العضلات ... دع الإسترخاء يكون بنفسه (مرة أخرى) حسناً ... إرخى
عضلات الساقين والقدمين ... والآن تستطيع مضاعفة الإسترخاء بمجرد التنفس مرة
واحدة بعمق وطرده الهواء من الصدر ببطء ... نفس عميق ... إملأ صدرك بالهواء ثم
أطرد الهواء ببطء ... إستخدام هذه الطريقة لتصل إلى مستوى الإسترخاء الذى تريده
... ستستخدم التنفس فى المستقبل كإشارة سريعة لأحداث الإسترخاء ... مرة نفس
عميق ودع الإسترخاء ينتشر فى جسمك ... فترخى يديك وذراعيك ووجهك ...
وعضلات الرقبة والكتفين ... والبطن ... والساقين والقدمين .

التعليمات الخاصة بتخيل المشهد التسكينى :

إنهاء الإسترخاء :

سأقوم بعد لحظة بالعد بالعكس من ٣ إلى ١٠٠١ عندما أصل إلى ١ ستشعر
بالإنتباه والراحة بدون أى إحساس بالوجع أو الألم ... حسناً ٣ أكثر إنتباه ٢٠٠٠
بدون ألم أو وجع ١ منتعش ويقظ (وقفه تتيح للعميل فرصة إستعادة تركيزه) إذا لم
ينتبه بعض العملاء فى الجلسة الجمعية ، يضيف المعالج ليفتح الجميع عيونهم (والآن
أجلس لو سمحت .

الإسترخاء بدون الشد العضلى

إجلس مستريحاً فى كرسيك ... أغمض عينيك حتى تركز جيداً ... والآن ركز
على إرخاء العضلات المختلفة ، ولنبداً بإرخاء أصابع اليد اليمنى ... إرخيها بصورة
أكبر ودع الإسترخاء يمتد ليشمل اليد اليمنى كلها ثم للساعد الأيمن ... والآن أعلى
الذراع الأيمن .

والآن إرخى أصابع يدك اليسرى ... اليد كلها ... إجعل الإسترخاء يشمل
الساعد الأيسر والآن الذراع الأيسر ... إسترخاء يشمل اليدين ... الذراعين .

خذ نفس عميق وأطرد الهواء من صدرك ببطء ، إستخدم هذه الطريقة لزيادة
الإسترخاء ... ثم تنفس بطريقة طبيعية .

والآن ويدك وذراعاك مسترخيان ، سنركز على إرخاء جبينك ... دع التوتر
والتقلصات تختفى به ... دع الإسترخاء ينتشر إلى عينيك ... وجهك كله بما فى ذلك
الشفتين والفكين ... تحس بإسترخاء أكبر وإختفاء التوتر من كل الرأس والوجه .

دع الإسترخاء ينزل إلى الرقبة والكتفين ... إحساس بإسترخاء المريح يحل

محل التوتر فى هذه الأجزاء ... دع الإسترخاء ينزل إلى صدرك .. بكفك ... الساقين والقدمين ... إسترخاء أكثر ... خذ نفس عميق مرة أخرى للتخلص من بقايا التوتر .. أطرده الهواء ببطء لتحس بالتوتر يغادر جسمك ... تنفس بصورة طبيعية ... راحة وإسترخاء فى كل جسدك ... خذ نفس عميق ٣ مرات وأطرده الهواء ببطء حتى يزداد الإسترخاء بصورة أكبر ... أنت الآن مسترخى ... ويستمر الشعور بالإسترخاء .

(محمد حسن غانم ، ٢٠٠٥ ، ص ص ١٦٨ - ١٧٣)

ب - العلاج عن طريق الكف المتبادل (لجوزيف وولبي) . والذي يرى أن القلق هو الأساس والمحور فى الإضطرابات العصابية ، وقبل أن نشرع فى علاج القلق لابد من تحديد أمرين :

الأول : شكل إستجابات القلق والإستجابات الثانوية المترتبة عليه .

الثانى : معرفة المنبهات المثيرة لهذه الإستجابات والظروف التى تحدث فيها وأنه من خلال طريقة التقايل المنظمة للحساسية أو التسكين المنظم Systematic Desensitisation أو تكوين مدرج القلق Anxiety Hierarchy تستبدل استجابة القلق باستجابة الإسترخاء ، ومع مواصلة العلاج ينتهى القلق .

(أحمد عبد الخالق ، ١٩٩٤ ، ٥١ - ٥٥)

وغيرها من العلاجات النفسية التى ذكرها تفصلاً (تيموثى براون وآخرون ، ٢٠٠٢ ، ص ص ٣٣٣ - ٤٦٨) وأحمد عكاشة الذى ذكر العلاجات الآتية :

- العلاج البيئى والاجتماعى .

- العلاج الكهربائى .

- العلاج الجراحى .

- الاعادة الحيوية .

(أحمد عكاشة ١٩٩٨ ، ١٢٢ - ١٢٤)

المسار والمآل :

يتحدد مآل إضطراب القلق العام من خلال المحكات الآتية :

١ - تعرض الفرد لنوبة واحدة أو عدة نوبات .

٢ - مدى إستجابة الفرد للعلاج من عدمه .

٣ - وجود تاريخ عائلى من عدمه مع إختفاء (أو عدم إختفاء) الأعراض

العصابية فى العائلة .

- ٤ - شخصية متكاملة ثابتة سويه قبل المرض أم لا .
 - ٥ - تعرض الفرد لإضطرابات نفسية سابقة على اضطرابه الحالى من عدمه .
 - ٦ - حدة بداية المرض بمعنى هل ظهر المرض حاد أو عاتيا أم ظهر تدريجيا .
 - ٧ - ذكاء الفرد .
- والعوامل السابقة نستطيع أن نستنتج منها العوامل التى تؤدى الى مآل حسن أو مآل سيئ .

(أحمد عكاشة ، ١٩٩٨ ، ١٢١)

- لكن بعض الدراسات ترصد مآل اضطراب القلق العام فى :
- ١ - مسار مزمن و إنحسار الأعراض مع تقدم سن المريض .
 - ٢ - قد يصاب المريض بالاكتئاب الثانوى بمرور الوقت وخاصة إذا تم ترك الفرد بلا علاج .

(Kaplan, H. & Sadock, B. , 1996)

٢ - إضطراب الرهاب Phobia Disorder

أ - مدى إنتشار إضطراب الرهاب :

- تعدد نسب إنتشار الرهاب تبعا للعديد من الدراسات
- * إذ قدر فى بعض الدراسات بنسبة ١٥ - ٤ ٪
 - * نسبة الإصابة ١ : ١٠ إذا لم كن مصحوبا بالاجورا فوبيا
 - * بينما تكون نسبة الإصابة ١ : ٢ إذا كانت تصاحبه
 - * وإن الإناث أكثر إصابة بهذا الإضطراب مقارنة بالذكور
 - * وإن سن بداية الإضطراب تكون فى الغالب أواخر العشرينات
 - * وإن الدراسات التى تناولت التاريخ الأسرى للإصابة بهذا الإضطراب قد أوضحت إن ٢٠ ٪ من أقارب الدرجة الأولى لمرضى الأجورافوبيا يعانون من المرض نفسه

(Kaplan, H. & Sadock, B. 1996)

- * فى حين وجدت دراسات أخرى إن الإضطرابات النفسية التى يكون الحصر هو العرض الأكثر شيوعا فيها تصل نسبته إلى ١٧ ٪ من الأشخاص فى أمريكا حيث

المعاناة على الأقل من شكل واحد من أشكال اضطرابات الحصر .
(Kcesslen , et al , 1994)

* فى حين قدر أحمد عكاشة أن اضطراب الرهاب بين مجموع الشعب المصرى بنسبة ٢ - ٥ ٪ مما يجعل إنتشاره أكثر من التوقعات السابقة ، وتشير الإحصائيات إلى أن ٣٠ - ٥٠ ٪ من المرضى المترددين على أطباء القلب والذين لا يوجد بهم أدله كافيه على مرض فى الشرايين التاجية يعانون من اضطراب الرهاب .
(أحمد عكاشة ، ١٩٩٨)

* وعادة ما يبدأ الإضطراب فى أوائل العشرينات من العمر ويبدأ الفرد من الشكوى فى أواخر العشرينات حتى تتضح بصورة جلية الأعراض كما اوضحت دراسة
(Kaplan. H. & Sadock, B., 1996)

* وتوجد علاقة بين اضطراب الرهاب واضطرابات نفسية أخرى أهمها الإكتئاب، وسوء إستعمال المواد مثل الكحول والمهدئات ، ومحاولات الإنتحار (حوالى ٢٠ ٪) ، كذلك يصاحب اضطراب الهلع فى حوالى ١٥ - ٢٠ ٪ من حالات تدنى الصمام الميترالى ٠ (أحمد عكاشة ، ١٩٩٨ . ١٢٦ - ١٢٧)

تعريف المخاوف او الفوبيا :

أ - فى موسوعة علم النفس والتحليل النفسى :

فى موسوعة علم النفس والتحليل النفسى (١٩٩٣) نجد تفرقه ما بين مصطلحى خوف Fear وفوبيا Phobia .

* حيث يشير المصطلح الأول إلى إعتبار إن الخوف ليس مرضا (خاصة إذا كانت اسبابه خارجية) بل يعد ذلك إرهابا بأمكانه تمهيدا لاندلاع المرض .

(حسين عبد القادر ، ١٩٩٣ ، ٣٢٤)

* بينما يشير مصطلح فوبيا إلى خوف شديد مرضى من موضوع أو موقف لا يستشير عادة الخوف لدى عامة الناس واسويائهم ومن هنا اكتسب طابعه المرضي كالخوف من الأماكن المفتوحة والذي يبدو من خوف المريض من البقاء فى الأماكن المفتوحة ، فإذا دخل غرفة أو منزلا لا يستريح إلا إذا أغلق الباب ، وظل قلقا حتى تغلق جميع المنافذ وهكذا .

(حسين عبد القادر ١٩٩٣ ، ص ص ٦٠٤ - ٦٠٥)

ب - فى الطب النفسى : حيث نستطيع تعريف استجابة الخوف كالتى :

- ١ - إنها إستجابة غير متناسبة مع الموقف .
 - ٢ - لا يمكن تفسيرها منطقيا .
 - ٣ - لا يستطيع الفرد التحكم فيها أراديا .
 - ٤ - تؤدى إلى الهروب وتجنب المواقف المختلفة .
- (أحمد عكاشة ١٩٩٨ ، ص ١٣٠)

تصنيف استجابات إضطرابات الرهاب :

إضطرابات المخاوف المرضية هي فئة فرعية لإضطرابات القلق أو الصورة الأساسية هي المخاوف المرضية ، والذي يقود بدوره إلى التجنب ، ويحدد الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع DSM IV ثمانية إضطرابات تتميز بالحصر وإستجابات التجنب هي :

١ - إضطرابات الفرع (مع رهاب الأماكن الفسيحة أو بدونه)

Panic Disorder (Withorwithout Agoraphobia

٢ - رهاب الأماكن الفسيحة دون تحديد تاريخ سابق من إضطرابات الفرع

Agoraphobia Withouut History of Panic Disorder

٣ - فوبيا محددة Spocific Phopia

٤ - فوبيا إجتماعية Social Phopia

٥ - إضطراب الوسواس القهرى Obsessive Compulive Disorder

٦ - إضطراب توتر ما بعد الصدمة Post Traumatic Stress Disorder

٧ - اضطراب التوتر الحاد Acute Stress Disorder

٨ - اضطراب الحصر المعم أو العام Generali2ed Anxiety Disorder

(DSM, IV, 2000)

تعريف نوبات الرهاب :

يعرف الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع نوبات الرهاب أو الفرع وفقا للمعايير الآتية :

- فترة زمنية محددة تتميز بالخوف والفرع الشديد الذى يظهر بدوره فى أربعة أو أكثر من الأعراض الآتية :

١ - إرتفاع دقات القلب وزيادة سرعته .

- ٢ - العرق .
- ٣ - الارتجاف .
- ٤ - مشاعر ضيق التنفس أو الخمول .
- ٥ - الشعور بالإختناق .
- ٦ - الآم الصدر ، أو عدم الارتياح .
- ٧ - الغثيان أو عدم إستقرار المعدة .
- ٨ - الشعور بالدوخة وعدم الإستقرار أو الدوار أو الإغماء .
- ٩ - فقدان الشعور بالواقع أو إنعدام الشعور بالذات .
- ١٠ - الخوف من أن يفقد السيطرة على نفسه أو يصاب (بالجنون) .
- ١١ - الخوف من الموت .
- ١٢ - تشوش الحس (والشعور بأحاسيس من التتميل والوخز) .
- ١٣ - نوبات من السخونة والبرودة (مرة يقول جسمي طالع منه صهد ، ومرة آخر يقول حاسس إن جسمي طالع منه ثلج) .
- إن الأعراض السابقة (بعضها أو كلها) تظهر بشكل مفاجيء .
- إن هذه الاعراض تصل إلى قممها خلال عشر دقائق .
- إن يشعر الشخص بنوبات فزع متعاقبة غير متوقعة .
- واحده - علي الأقل - من تلك النوبات (السابقة) ينبغي أن تليها فترة شهر على الأقل يعيش الشخص خلالها في قلق خوفا من أن تعاوده النوبة مرة أخرى .

(APA, 2000)

أنواع المخاوف المرضية :

أ - رهاب الأماكن الواسعة Agor Aphobia

تعرفه :

وهو عبارة عن مخاوف من مغادرة المنزل أو الدخول في المحال أو الزحام أو الأماكن العامة أو السفر وحيدا في القطارات أو الأتوبيسات أو الطائرات ، ويكون إضطراب الهلع سمه متكررة الحدوث في النوبات الحالية والماضية ، ولذا فهو أشد

إضطرابات الرهاب اعاقه ، حيث أن بعض الأشخاص يظلون حبيسي المنزل تماما .
(أحمد عكاشة ، ١٩٩٨ ، ١٣٠ - ١٣١)

معايير تشخيص رهاب الأماكن الواسعة وفقاً للدليل التشخيصي والإحصائي الرابع :

أ - القلق من أن يكون الشخص في أماكن أو مواقف يكون الهروب منها صعباً أو أن تكون المساعدة غير متاحة في حالة حدوث نوبة ذعر يتم التعرض لها على نحو غير متوقع ومخاوف الأماكن الواسعة تتضمن مواقف متميزة مثل امكانية السفر بالسيارة أو القطار أو الطائرة ... الخ .

ب - إن المواقف التي يتجنبها الشخص تؤدي إلى توتر ملحوظ ، أو تكون مثيرة للقلق من حدوث نوبة ذعر أو أعراض تشبه نوبة الذعر أو تتطلب الوجود مع الرفقاء للمساعدة .

ج - إن القلق أو تجنب الرهاب لا يعد من الإضطرابات العقلية الأخرى مثل الرهاب الإجتماعي ، والرهاب البسيط أو المحدد ، أو إضطراب وسواس قهري أو اضطراب ما بعد الصدمة ، أو اضطراب قلق الانفصال
(APA, 2000)

ب - الرهاب الإجتماعي : Social Phobia

هو الخوف من الوقوع محل ملاحظة من الآخرين مما يؤدي إلى تجنب المواقف الإجتماعية ، وعادة ما يصاحب المخاوف الإجتماعية العامة تقييم ذاتي منخفض وخوف من النقد . وقد يظهر على شكل شكوى من احتقان الوجه أو رعشة باليد أو غثيان أو رغبة شديدة في التبول ويكون المريض مقتنعاً إن واحده من هذه المظاهر الثانوية هي مشكلته الأساسية وقد تتطور الأعراض إلى نوبات هلع .

(أحمد عكاشة ، ١٩٩٨ ، ص ١٣٢) .

معايير تشخيص الرهاب الإجتماعي وفقاً للدليل التشخيصي والإحصائي الرابع:

أ - الخوف الدائم والواضح من موقف أو أكثر من المواقف التي تتطلب الإداء في جماعة حيث يخاف الفرد من أن يتصرف بطريقة تجعله حرجاً ومرتبكاً أمام الآخرين ، مع ملاحظة انه مع الأطفال قد توجد هذه الأعراض حسب تطور علاقة الأطفال بأقرانهم الآخرين .

ب - التعرض لأي موقف إجتماعي يثير لدى الشخص القلق على نحو محدد

وثابت تقريبا ، والذي يتبدى فى شكل أو أكثر من أشكال نوبات الزعر مع ملاحظة أن الأطفال قد يعبرون عن رهابهم بالفضب أو تجنب المواقف التى تنتشر لديهم وفيهم هذه المشاعر المؤلمة .

ج- فى الغالب يدرك الشخص أنه خوف غير متناسب مع المواقف التى تحدثه .

د - يتم تجنب المواقف الإجتماعية التى يخاف منها الفرد والتى تكون دائما مليئة بالقلق أو الاسى على النفس .

هـ- يتعارض التجنب أو توقع القلق أو الاسى مع المواقف الإجتماعية أو الاداء المهني للفرد وعلاقاته الإجتماعية .

و - إذا كان الفرد أقل من (١٨) سنة فيجب أن نتبع ظهور عرض أو أكثر من اعراض الرهاب لمدة (٦) أشهر على الأقل .

ز - لا يرجع الرهاب أو التجنب إلى التأثيرات الفسيولوجية المباشرة للمواد المؤثرة نفسيا (مثل : سوء إستخدام العقاقير ، أو التعرض للعلاج النفسى عن طريق تناول أدوية نفسية) أو نتيجة حالة طبية عامة ، أو المعاناة من أى اضطرابات عقلية أخرى .

ح - إذا ما وجدت حالة طبية عامة أو اضطراب عقلى آخر فأن الخوف فى المعيار (أ) لا يكون مرتبطا بها ، ويتحدد عموما ما اذا كان الرهاب يشمل معظم المواقف الإجتماعية مع الأخذ فى الإعتبار تشخيص اضطرابات الشخصية التجنبية (حيث تتشابه فى الكثير من أعراضها ومحكات تشخيصها مع محكات وتشخيص التجنب والمخاوف الإجتماعية) .

(APA, 2000)

ج- الرهاب المحدد : Spoci Fi Phobia

تعريفه:

« وهو رهاب يقتصر على مواقف شديدة التحديد مثل الإقتراب من حيوانا ، الأماكن المرتفعة ، الرعد ، الظلام ، التبول أو التبرز فى مراحيض عامة .. الخ . وبالرغم من أن الموقف المثير محدد إلا أن التعرض له يثير رعبا كما هو الحال فى حالات رهاب الخلاء أو الرهاب الإجتماعى » .

(أحمد عكاشة ، ١٩٩٨ ، ١٣٤)

معايير تشخيص اضطراب الرهاب البسيط وفقاً للدليل التشخيصي والإحصائي الرابع :

- أ - خوف واضح وبصورة متزايدة بسبب توقع موضوع أو موقف محدد .
 - ب - التعرض لمثيرات الرهاب التي تستثير استجابة القلق ، والتي قد تأخذ شكل نوبة هلع ولكن بصورة موقفيه (أى مرتبطة بالموقف) مع ملاحظة أن الأطفال قد يعبرون عن قلقهم بالنواح أو بالدخول فى نوبة غضب ، أو الاحتماء بالآخرين (الكبار) .
 - ج - إدراك الفرد أن خوفه غير معقول أو متناسب مع الموقف إلا أنه يدرك أيضاً أن هذا (أى الخوف) لا يستطيع السيطرة عليه .
 - د - تجنب الموقف أو المواقف المثيرة للرهاب أو الاستمرار فى التعرض لهذه المواقف .
 - هـ - تتعارض مواقف التجنب أو توقع القلق من خلال توقعه إن يتعامل مع الآخرين ، أو يتعرض لمواقف وموضوعات أخرى .
 - و - ملاحظة إن الأشخاص أقل من (١٨) سنة يجب أن يستمر عرض أو أكثر من عرض من اعراض المخاوف ولمدة (٦) شهور متصلة .
 - ز - لا يرجع الرهاب المرتبط بموضوع أو موقف معين إلى اضطراب عقلى آخر مثل اضطراب الوسواس القهرى ، أو نتيجة للإنعصاب التالى على الصدمة ، أو نتيجة قلق الانفصال .
- (APA, 2000)

د - الفوبيا النوعية :

التعريف : مخاوف غير مبررة من شئ أو موقف محدد مثل الأماكن المرتفعة والحاجة إلى تجنبها (كمثال) (Kaplan, H. & Sadock , B, 1996)

معايير تشخيص اضطرابات الفوبيا النوعية وفقاً للدليل التشخيصي والإحصائي الرابع :

- أ - الخوف الشديد والمتواصل والمبالغ فيه وغير المعقول نتيجة وجود شئ أو موقف محدد أو توقع التعرض له مثل : الطيران ، الأماكن المرتفعة ، الحيوانات ، الحقن ، رؤية الدم .. الخ .
- ب - ظهور أعراض القلق عند التعرض للمثير المؤدى إلى الفوبيا فى جميع

الأحوال حيث تتخذ تلك الأعراض شكل نوبة هلع مرتبطة بالموقف أو مترتبة عليه .
ملحوظة : يتخذ القلق في حالة الطفل صورة البكاء أو تجمد الجسم أو محاولة الالتصاق بالأب والأم .

ج- يدرك المريض أن مخاوفه مفرطة وغير معقولة

ملحوظة : قد لا يظهر هذا المعيار في الطفل .

د - تجنب الموقف الرهابي أو تحمله بمشقة وقلق شديدين .

هـ - يؤدي التجنب والترقب للقلق للموقف أو المثير والمعاناة التي يسببها إلى إخلال ملحوظ بأنشطة الشخص الروتينية العادية سواء كانت وظائف مهنية أو مدرسية أو أنشطته أو علاقات إجتماعية ، أو الى معاناته شديدة نتيجة الإصابة بالفوبيا .

و - يشترط في الأشخاص الذين تقل اعمارهم عن (١٨) سنة أن تكون حدة الأعراض (٦) شهور على الأقل .

ز - الاتنطبق على القلق ونوبات الهلع والتجنب الرهابي المرتبط بشئ أو موقف معين معايير اضطراب نفسى آخر مثل الوسواس القهرى (الخوف من القذاره فى مريض يشكو من وسواس النظافة) ، أو اضطراب الكرب الناتج عن صدمه (تجنب المواقف والمثيرات المرتبطة بالخبرة الصادمة) أو قلق الانفصال (تجنب المدرسة) أو الفوبيا الإجتماعية (تجنب المواقف الإجتماعية خشية التعرض للحرج) أو اضطراب الهلع المصحوب الاجورافوبيا ، أو الاجوار فوبيا غير المصحوبة باضطراب الهلع .

ح - حدد نوع الفوبيا :

- فوبيا الحيوانات .

- فوبيا مثيرات البيئة الطبيعية : كالخوف من الأماكن المرتفعة ، أو العواصف ، أو الرعد ، أو المياه .

- فوبيا الدم والحقن والإصابات .

- فوبيا المواقف (الطائرة ، المصاعد ، الأماكن المغلقة)

- أنواع أخرى التجنب الرهابي للمواقف التي قد تؤى إلى الإختناق أو القيئ أو العدوى ، وفي الأطفال تجنب الاصوات المرتفعة ، والأشخاص اللذين يرتدون ملابس تنكرية .

تفسير اسباب الرهاب :

تتعدد التفسيرات التى قدمت لاسباب إضطراب الرهاب ومن هذه التفسيرات :

أولا : التفسيرات الفسيولوجية :

حيث أجريت العديد من الدراسات بهدف الوقوف على أى اسباب وراثية أو عوامل جينية تكمن خلف إمكانية الإصابة بهذا الإضطراب .

* إجريت دراسات عديدة على التوائم ووجدت أن العوامل الوراثية تبدو ذات أثر فى نقل إضطرابات الحصر وخاصة الإضطرابات التى تتضمن نوبات الفرع وما يرافقها من أعراض أخرى أهمها التجنب (Kendler . et . al , 1992) .

* دراسات إجريت بهدف معرفة نسب تأثير وتأثر العوامل الجينية فى احداث إضطرابات الحصر العام ، لا أن النتائج هنا قد تضاربت وتباينت .

* دراسات أخرى قامت على أساس معرفة نسبة الإصابة بالإضطرابات النفسية فى أسر محددة ، وتبين أن أسباب بعض صور المخاوف والإكتئاب قد تكون مرتبطة ، أو أن أسر معينة (يشيع) فيها الإصابة بالإضطراب بدليل وجود العديد من التاريخ المرضي لإقارب من الدرجة الأولى للمرضى الذين لديهم معدلات متزايدة من الإكتئاب وإضطرابات الهلع والقلق أو إدمان الكحول إلى حد ملحوظ بالمقارنة بأقارب الأسوياء وأقارب مرضى الإكتئاب بدون حصر .
(Weissman, 1985)

ثانيا : التفسيرات النفسية :

أ - اطار التحليل النفسى :

وينهض على أساس أن الفرد يعانى صراعا عصبيا بين نوازعه وغرائزه من ناحية ومثله ومعايير المجتمع من ناحية ثانية ، وبما أن الفرد عاجز عن مواجهة هذا الصراع الشديد داخله وغير قادر على فضه ويخاف فإنه يسقط هذا الخوف الداخلى على موضوع خارجى من خلال ميكانيزم الازاحة أو النقل . ولعل أشهر الحالات التى عالجها فرويد هى حالة الطفل هانز الصغير ، وكيف أنه كان يخاف من الحصان (مما أدى إلى تجنبه الخروج إلى الشارع) ، وقد كشف فرويد أن الحصان ما هو إلا بديل للأب . ولاشك أن ذلك - كما يقول أيدلبرج - قد حقق الفوائد الآتية :

١ - بإزاحة رغباته الى الحصان فقد نجح هانز الصغير فى أن يتخلص من الشعور بالخوف من التواجد فى المنزل .

٢ - إن الخوف من الحصان إنما يرجع إلى كراهية من الأب منشؤها طرد الاب لهانز من الفراش .

٣ - العجز عن تدمير الأب والنوم مع أمه ، والعجز عن التخلي عن هذه الرغبات وكان على هانز أن يكتبها .

٤ - نتيجة لهذا الكبت فإن الحفزات الممنوعة بقيت نشيطة في اللا شعور حيث حيث تظل تحت السيطرة بواسطة الخوف وبالإسقاط حيث تغيرت من: إنى أكره أبى إلى: أبى يكرهنى

ب - أن كل ماسبق قد نجح فى أن يجعل الطفل الصغير هانز يتعايش مع الأب.

(من خلال رأفت عسكر ، ١٩٩٠ ، ٣٢ - ٣٥)

ب - الإطار السلوكى وتفسير المخاوف :

ويعتمد أنصار هذا الاتجاه فى تفسير الإضطراب الرهابى على ميكانيزم التشريط فالرهاب قد مر فى الماضى وغالبا ما يكون فى مرحلة الطفولة قد يتعرض الفرد لخوف شديد ، ثم نسي هذا الموقف ، ولكن ظل الارتباط قائما بين هذا الموقف وخبرة الخوف المؤلمة ، ولذلك فأن المخاوف وخاصة حين نقرنها بخبرات سارة تحل محل الخبرات المؤلمة . ولعل تجربة (واطسون) الشهيرة وكيفية إكسابه للطفل الصغير (البورت) المخاوف من القطط ثم تعميم لهذه المخاوف وخشيته من أى حيوان ذات فراء خير نموذج على ذلك .

(عبد الستار إبراهيم وآخرون ، ١٩٩٣)

علاج المخاوف : يوجد العديد من العلاجات الطبية والنفسية والاجتماعية للمخاوف ، فأما عن العلاجات الطبية فإنه يوصف للمريض الادوية المهدئة والمضادة للقلق (والسابق الحديث عنها فى إضطراب القلق العام ثم العلاجات النفسية بتوجهاتها المختلفة (تحليلية - سلوكية ، معرفية ، وجودية ... الخ) . إلا أن العلاجات النفسية السلوكية تعد الإبرز الان على الساحة العلاجية للمخاوف . ذلك لان العلاج السلوكى للمخاوف ينهض على مجموعة من الاسس هى :

١ - لا يبذل المعالج السلوكى مجهودا كبيرا . عكس زميله فى التحلل النفسى فى البحث عن تفسيرات لا شعورية للسلوك ، بل ينظر إلى الإضطراب على اساس أنه (تعليم شاذ) أمكن إكتسابه بفعل أخطاء فى عملية التعليم .

٢ - إن عمليتى التشخيص والعلاج فى طرق العلاج السلوكى شيئان ملتحمان

إذ أن تشخيص المشكلة لا يعدو كونه محاولة جاهدة لتحديد التصرفات أو الأخطاء التي مربها الشخص فجعلته يخاف أو يقلق .

٣ - إن المعالج السلوكي لا يرى ما لا يراه المعالج التحليلي من أنه خطوة أساسية في ضرورة إزالة ما وراء الاعراض من أمراض أو صرعات داخلية مفترضة ولذا يرى أن علاج العرض = علاج المرض .

٤ - يتشكك المعالجون السلوكيون في مقولات اصحاب نظرية التحليل النفسي من إمكانية أن تتحول الأعراض المرضية إلى أعراض مرضية أخرى إذا لم تعالج ما وراءها من أمراض . فالخوف حين يستبدل بخوف آخر قول غير مقبول من وجهة النظر السلوكية .

٥ - إن العلاج السلوكي يستظل بعبارة التعلم ، والتجريب . وفي هذا الإطار أستطاع العلاج السلوكي أن يحقق سبقا في علاج العديد من المخاوف ولدى العديد من الأفراد وفي مختلف الأعمار

(عبد الستار إبراهيم وآخرون ، ١٩٩٣) ، (محمد حسن غانم ، ٢٠٠١) ،
(لويس مليكة ، ١٩٩٠) ، (محمد حسن غانم ، ٢٠٠٤)

٣- اضطراب الهلع

Panic Disorder

اضطراب الهلع أحد اضطرابات القلق ، وغالبا ما يصاحبه خوف من الأماكن المرتفعة (أو لا يصاحبه)

وبائيات اضطراب الهلع :

* أوضحت العديد من البحوث أن حوالي من ١٠٪ - ١٢٪ من الجمهور العام قد تعرضوا لخبرة الهلع من خلال نوبة واحدة على الأقل خلال العام الماضي (أو اثنتى عشر شهرا السابقة) .

* أوضحت دراسات أخرى إن من بين ٢٪ - ٥٪ من الجمهور العام قد أنطبقت عليهم محكات نوبات الهلع المصحوبة برهاب الأماكن المفتوحة .

* يضاف إلى ذلك أن نوبات الهلع قد تظهر في أنواع أخرى من الاضطرابات مثل : اضطرابات القلق (بأنواعها وتصنيفاتها المختلفة) واضطرابات المزاج (بتصنيفاتها المتعددة) .

* كما أن الهلع قد يرافق اضطراب رهاب الأماكن المفتوحة أولا يرافقها ولكل منها محكاتها الخاصة بها .

(Mayers. et . al . 1984)

* وما سبق قد أكدته دراسة أحمد عكاشة وإن اختلفت نسبة الوبائيات المذكورة إذ وصلت حوالي ١٥ - ٢٠٪ ، وقد ترتفع النسبة لتصل إلى ٥٠٪ من المرضى المترددين على أطباء القلب (أو تخصصات أخرى) .

(أحمد عكاشة ، ١٩٩٨ ، ١٢٦ - ١٢٧)

تعريف اضطراب الهلع : وهى عبارة عن نوبات متقطعة لخوف أو فزع مصحوب بأعراض جسمية ومعرفية حسبما يعرف وفق محكات نوبة الهلع فى الطبعة الرابعة من الدليل التشخيصى والإحصائى الرابع للإضطرابات العقلية وإن نوبات الهلع متقطعة ويرجع السبب فى ذلك لكونها مفاجئة وغير مستمرة على العكس من التصاعد التدريجى فى نشاط القلق ، كم أن النوبات المتقطعة أحيانا ما تظهر على غير المتوقع ، ويظل مفهوم عدم التوقع أحيانا غير محدد المعنى فى محكات

التشخيص وهو يشير إلى ظهور الهلع في أوقات وأماكن غير متوقعة كما أن نوبات الهلع ترتبط بالهروب والالاحاح به ، مع ما يرافق ذلك من إمكانية رصد للعديد من العلامات والأعراض سواء أكانت جسمية أم نفسية .

(مايكل كراسك ، ديفيد بارلو ، ٢٠٠٢ ، ٤ - ٥)

محكات تشخيص نوبات الهلع وفقا للدليل التشخيصي والإحصائي الرابع :

نوبة الهلع : فترة غر متصلة من الخوف الشديد أو عدم الراحة تحدث فيها على الأقل أربع من الأعراض المفاجئة الآتية وخلال نوبه فزع واحد على الأقل ، وتصل إلى قوتها في خلال عشر دقائق ، والأعراض هي :

- ١ - زيادة في ضربات معدل دقات القلب .
- ٢ - تعرق (أو زيادة في إفراز العرق) .
- ٣ - إرتعاد أو إرتعاش .
- ٤ - احساس بضيق في التنفس أو إنقطاعه .
- ٥ - شعور بالصدمة .
- ٦ - ألم في الصدر أو عدم راحة .
- ٧ - قئ أو الآم في البطن .
- ٨ - الشعور بالدوار وعدم الثبات وخفة الرأس أو الإغماء .
- ٩ - عدم الواقعية أو الانفصال عن الواقع .
- ١٠ - الخوف من فقدان التحكم في التنفس مما قد يؤدي إلى إمكانية الإصابة بالجنون .
- ١١ - الخوف من الموت .
- ١٢ - الإحساس بالخدر أو الوخز في أماكن متعددة من الجسم .
- ١٣ - الاحساس بالقشعريرة (أو إندفاع الدم الحار) .

(APA. , 2000)

تصنيف اضطرابات الهلع :

يفسر الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع لإضطرابات الهلع أو إضطراب الهلع المصحوب بخوف الأماكن المفتوحة بطرق مختلفة عن تعريفات الطبعة الثالثة المراجعة (DSM IIIR 1987) في :

أولا : استبعد تحديد عدد معين من نوبات الهلع وتم التأكيد على خاصية كونه غير متوقع .

ثانيا : أصبحت الاعراض المعرفية التي تمثل النوبة أو نتائجها جزء من التعريف أو أحيانا ما يكون لدى بعض الأشخاص خوف من أماكن مفتوحة تقليدية ، دون أن يخبروا خبره هلع فعلية (مايك كراسك ، ديفيد بارلو ، ٢٠٠٢ ، ص ٩) .

ولذا فإن الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع يحدد نوعين من اضطرابات الهلع (مصحوب أو غير مصحوب) بالاجورافوبيا .

أولا : معايير الدليل التشخيصي الرابع الخاص باضطرابات الهلع غير المصحوبة بالاجورافوبيا .

- أ - توافر العرضين (١) ، (٢) .
- ١ - نوبات هلع متكررة وغير متوقعة .
- ٢ - إن يظهر عرض واحد أو أكثر من الأعراض التالية بعد أنقضاء شهر واحد أو أكثر من ظهور نوبة هلع واحدة على الأقل .
- ب - تخوف مستمر من الإصابة بنوبة أخرى .
- ج - إنشغال مستمر بشأن ما قد تعنيه النوبة أو بعواقبها مثل : فقدان السيطرة على النفس ، الإصابة بنوبة قلبية ، أو الإصابة بالجنون .
- د - تغير ملحوظ في السلوك نتيجة النوبات .
- هـ - عدم وجود أعراض وعلامات الاجورافوبيا .
- و - الا تكون نوبات الهلع ناتجة عن الإثارة الفسيولوجية المباشرة لتعاطي مادة (دواء أو مادة مخدرة) أو مرض جسمي (مثل فرط نشاط الغدة الدرقية) .
- ر - الا تنطبق على أعراض نوبات الهلع معايير خاصة باضطراب نفسى آخر، مثل الفوبيا الإجتماعية (أى لا تحدث نتيجة لمواقف إجتماعية يخشاها الفرد أو الفوبيا النوعية (أى موقف محدد يسبب الفوبيا) أو الوسواس القهرى (مثل التعرض للقاذورات لدى شخص يعانى من وسواس القلوث) أو اضطراب الكرب الناتج عن صدمه (مثل التعرض لمثيرات ترتبط بعامل صادم وضغط شديد) أو اضطراب قلق الانفصال أو نتيجة أبعاد الشخص عن منزله أو أقاربه المقربين .

ثانيا : معايير تشخيص إضطراب الهلع المصحوب بالاجوارافوبيا وفقا للدليل التشخيصي والإحصائي الرابع :

- أ - لابد من توافر المعيارين (١) و (٢) على حد سواء
 - ١ - نوبات هلع متكررة تظهر بصورة غير متوقعة .
 - ٢ - إن يتبع عرض واحد أو أكثر من الأعراض التالية نوبة واحدة من النوبات السابقة على الأقل خلال شهر واحد أو أكثر .
 - ب - خوف مستمر من التعرض للمزيد من نوبات الهلع .
 - جـ - إنشغال البال بما قد تعنيه النوبة أو بعواقبها (مثل فقدان السيطرة على النفس أو الإصابة بأزمة قلبية أو الإصابة بالجنون) .
 - د - تغير السلوك بصورة ملحوظة بعد النوبة .
 - هـ - وجود أعراض الاجورافوبيا .
 - و - إلا تكون نوبات الهلع كنتيجة مباشرة لتعاطى مادة (دواء أو مادة مخدرة) أو مرض جسمى (مثل فرط نشاط الغدة الدرقية) .
- (APA. , 2000)

أسباب إضطراب الهلع :

تتعدد الأسباب ما بين من يؤيد دور الوراثة والجينات الوراثية فى اكتساب (التهيو) لأمكانية الإصابة بهذا الإضطراب مستقبلا مدللين على وجود حالات إضطراب (مختلفة) فى أسر المرضى وبين أقاربهم من الدرجة الأولى .

فى حين تذهب بعض الإتجاهات الأخرى إلى ضرورة أخذ العوامل النفسية والاجتماعية والضغط التى يتعرض لها وما إذا كانت فى إستطاعته مواجهتها أم لا .

(أحمد عكاشة ، ١٩٩٨)

علاج إضطرابات الهلع :

تتعدد العلاجات المختلفة التى قدمت لمرضى إضطراب الهلع ما بين علاجات دوائية (ومازالت الابحاث تجرى حول تأثير علاجات دوائية حتى الان) وما بين العلاجات النفسية خاصة العلاج المعرفى السلوكى ، وإن هذا النوع من العلاج قد حقق العديد من محاور النجاح ، وقد شفى تماما ما بين ٥٠% إلى ٨٠% من هؤلاء المرضى ، إلا أننا يجب أن ننوع من أساليب العلاجات النفسية خاصة وأن الهلع قد يأتى مرافقا

لرهاب الاجورافوبيا أو بدونه .

وقد قدم (مايكل كراسك ، و ديفيد بارلو (٢٠٠٢) وصفا نموذجيا للعديد من العلاجات التي قدمت لحالات الهلع ومخافة الاماكن المفتوحة وفقا لاستراتيجيات علاجية محددة وتفصيلية .

(مايكل كراسك ، ديفيد بارلو ، ٢٠٠٢ ، ١ - ١١٣)

٤ - إضطراب الوسواس القهري Obsessive Compulsive Disorder

وهو أحد إضطرابات القلق ويتم بجانبين هما الوسواس والقهرى ونادرا ما يوجد أحدهما دون وجود الآخر

وبائيات الوسواس القهرى :

تتعدد وتتباين وبائيات الوسواس القهرى من مجتمع الى آخر ، وسوف نذكر فى عجلة بعضا من هذه البائيات :

* إن هذا الوسواس شائع على نطاق المجتمع وقد يصل الى ٣٪ لدى مجموع السكان وذلك لأن ظاهرة الوسواس القهرى شديدة الوضوح للدرجة التى يسهل معها وصفها والتعرف عليها بشكل جيد .

(ب . د . دى سيلفا ، ٢٠٠٠ ، ص ٥٩)

* وأشارت نتائج أخرى إن مرض الوسواس القهرى يظهر فى أكثر من ٩٠٪ من مرضى الوسواس القهرى تظهر لديهم وساوس ودفعات قهرية وسلوكية وعند إضافة الدفعات القهرية العقلية إليها ذكر ٢٪ فقط من العينة وجود وساوس فقط دون دفعات قهرية .

(دافيد س . رجز ، إدنافو ، ٢٠٠٢ ، ص ١٤٩)

- فى حين يرى البعض ضرورت التفرقه ما بين معدلات إنتشار إضطراب الوسواس القهرى فى الجمهور العام Population وفى المرضى الذين يحققون المحكات التشخيصية للإضطراب من بين مرضى الطب النفسى بوجه عام .

- وبينت نسبة الحدوث إنها لا تزيد على (٥٪) وإنه لا يزيد على ١٪ من جمهور المرضى فى مجال الطب النفسى سواء أكان ذلك فى العيادات الخارجية ام المرضى داخل المستشفى ، وما لا يزيد على ٤٪ من كل المجموعة العصابية .

- كما كشفت بعض الدراسات أن معدل إنتشار الوسواس القهرى يصل إلى ٢٥٪ طوال الحياة ، واتضح أن ترتيبه الرابع بين أكثر الإضطرابات النفسية شيوعا .

- فى حين قدرت معدلات إنتشاره فى بعض الدراسات بنسبة ٢٪ و ٣٪ طوال

الحياة . بين السكان إلا أن هذه الأرقام تشير إلى الأعراض دون الوصول إلى المحكات التشخيصية .

- وفي دراسة مسحية شاملة عن معدل إنتشاره قدر بنسبة ٢٦٪ وأن نسبة تتراوح بن ١٠٪ و ١٥٪ من طلاب الجامعة الاسوياء يقومون بسلوك (التكرار) ، وإن هذا السلوك يكفي لادراجهم ضمن المضطربين باضطراب الوسواس القهري .

- وفي إحصاء قومي أجرى في الولايات المتحدة الأمريكية أتضح أن اضطراب الوسواس القهري أكثر إنتشارا بمقدار ١٥٠ إلى ١٠٠ مرة وكان يعتقد سابقا إن إنتشاره مدة ستة أشهر يصل الى ١٦٪ وإنتشاره طوال الحياة (٢٥٪) ، وإن معدل إنتشار اضطراب الوسواس القهري ضعف معدل إنتشار الهلع والفصام .

- كما كشفت دراسة مسحية أجريت في كندا وتناولت ٣٢٥٨ فردا ، وجد أن معدل اضطراب الوسواس القهري طوال الحياة يصل الى ٣٪ .

- وفي دراسة مسحية تناولت خمسة آلاف طالب وطالبة من طلاب الجامعة إتضح أن (١١٤) منهم (٨٪) لهم درجات أعلى من المعدل (السوى) وحين تمت مناظرة هؤلاء الطلاب (ن = ١١٤) مع مجموعة من الأطباء النفسيين ظهر إن ١٥ طالب (٣٪) من الخمسة آلاف طالب قد حققوا المحكات التشخيصية لأضطراب الوسواس القهري وفقا للدليل التشخيصي الإحصائي الثالث المرجع DSM III R .

- وفي دراسة قام بها المعهد القومي للصحة النفسية شملت خمس ولايات في أمريكا وتناولت أكثر من ١٨٠٠٠ شخص تمت مقابلتهم في منازلهم وجد إن نسبة إنتشار اضطراب الوسواس القهري تقع ما بين ١٩٪ و ٣٣٪ في الولايات الخمس وهو معدل يفوق التقديرات السابقة بمقدار ٢٥ إلى ٤٠٪ .

- وفي دراسة أخرى وجد أن ما بين ٤ و ٦ ملايين نسمة في الولايات المتحدة الأمريكية وحدها يعانون هذا الإضطراب .

- ووجد الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع 1994 , DSM IV ، وإعتماد على نتائج العديد من الدراسات المسحية الوبائية بأن ٢٥٪ على الأقل يعانون من اضطراب الوسواس القهري طوال الحياة ، أما معدلات حدوثه في عام واحد فقد تراوح ما بين ١٥٪ و ٢١٪

(DSM IV , 2000) (أحمد عبد الخالق ، ٢٠٠٢ ، ص ص ١٤٠ - ١٤٣)

(Kyrios, et al. 1996)

— والأرقام السابقة والنسب تقترب مما ذكره أحمد عكاشة فقد وجد في أحد أبحاثه أن نسبة إضطراب الوسواس القهري بن المترددين على عيادة الطب النفسي بمستشفى جامعة عين شمس حوالى ٢٦٪ وهذا الرقم يمثل حوالى ٤٪ من مجموع الإضطرابات العصابية .

(أحمد عكاشة ، ١٩٩٨ ص ١٣٦)

— وفي دراسات أخرى لأحمد عكاشة وزملائه وجد الآتى :

أولا : الاجترار الوسواسى فى نسبة ٥١٪ من الحالات .

ثانيا : المخاوف الوسواسية فى نسبة ٤٨٪ من الحالات .

(من خلال وائل أبوهندى ، ٢٠٠٣ ، ص ٢٤ - ٤٠)

— فى حين رصدت بعض الدراسات أهم الاعراض التى تظهر لدى العينة المصرية التى تتردد على إحدى العيادات النفسية (من المصريين والعرب) وأن هذه الأعراض تأخذ الأشكال الآتية (مرتبة ترتيبا تنازليا وإن كان الباحث لم يحدد نسبة كل عرض) .

١ - أفكار تسلطية دينية ومنها الاجترار الذى يتصل بالأسئلة التى لا يمكن الإجابة عنها عن الذات الإلهية والمقدسات عموما .

٢ - أفكار تسلطية تتعلق بالتلوث .

٣ - أفكار تسلطية جنسية .

٤ - أفكار تسلطية تتعلق بالمرض والعدوى .

٥ - أفكار تسلطية تتعلق بالإنضباط والإلتزام والترتيب .

٦ - أفكار تسلطية عدوانية .

(وائل أبوهندى ، ٢٠٠٣ ، ص ٢٤)

ونظن إن كثرة الدراسات الوبائية حول إنتشار هذا الإضطراب تعكس الآتى :

أ - الإهتمام المتزايد من قبل الباحثين بهذا الإضطراب .

ب - وجود العديد من مظاهر هذا الإضطراب بصورة كامنة لدى الجمهور العام (أى الذى لم يتقدم للشكوى من هذا الإضطراب أو غيره فى العيادات النفسية) .

— إن الكثير من الجمهور العام إذا تم فحصه جيدا فإنه يكشف عن إمكانية أن تنطبق عليه معايير تشخيص هذا الإضطراب .

- ج - إن هذا الإضطراب منتشر أكثر مما قد عكسته الأرقام السابقة .
- ز - ضرورة الأخذ في الاعتبار أن هذا الإضطراب قد (يتوارى) ويختفى خلف أحد الأعراض الأخرى .
- ح - وليس من المتوقع أن الشخص حين (يجد) في نفسه بعضا من اعراض هذا المرض فإنه يتقدم من تلقاء نفسه (ومبكرا) لتلقى العلاج .

تعريف الوسواس القهرى :

- الوسواس القهرى عبارة عن إضطراب عصابى يتميز بالآتى :
- ١ - وجود وساوس فى هيئة أفكار أو إندفاعات أو مخاوف .
 - ٢ - وجود (أعراض) ظهرت فى هيئة طقوس حركية مستمرة أو دورية .
 - ٣ - يقين المريض بتفاهة هذه الوسواس أو لا معقوليتها ، وعلمه الأكيد إنها لا تستحق منه هذا الإهتمام .
 - ٤ - محاولة المريض المستمرة لمقاومة هذه الوسواس ، وعدم الإستسلام لها ولكن مع طول مدة المرض قد تضعف درجة المقاومة .
 - ٥ - إحساس المريض بسيطرة هذه الوسواس أو قوتها القهرية عليه مما يترتب عليه شلله الإجتماعى والآم نفسية وعقلية شديدة .
- (أحمد عكاشة ، ١٩٩٨ ، ١٣٦ - ١٣٧)

استطراد حول تعريف الوسواس القهرى :

مر تعريف الوسواس القهرى فى الدليل التشخيصى الإحصائى بعدة محطات نجملها فيما يلى :

- تم تعريف الوسواس القهرى فى الدليل التشخيصى والإحصائى الأول (DSM I, 1952) والثانى (DSM II, 1968) بأنه زملة اعراض قصيرة وغير محددة .

- فى الدليل التشخيصى والإحصائى الثالث (DSM III , 1980) والثالث المراجع (DSM III R , 1987) تم تحديد محكات معينة لإضطراب الوسواس القهرى ، حيث تم التفرقة ما بين الأفكار والأفعال أو الدفعات القهرية ، وأن الدليل الثالث المراجع قد عكس ثلاث وجهات نظر تقليدية لإضطراب الوسواس القهرى هى :

- ١ - الوسواس أحداث عقلية والدفعات أحداث سلوكية .

- ٢ - قد تحدث الوسوس والدفعات القهرية معا أو منفصلة عن بعضها البعض .
- ٣ - يدرك الأفراد دائما ان أفكارهم الوسواسية ودفعاتهم القهرية ليس لها معنى .
- وقد ثارت العديد من المناقشات والدراسات والأبحاث حول الأفراد الذين يعانون من إضطراب الوسواس القهرى وما إذا كانوا (هم) يدركون أن أفكارهم التي تسيطر عليهم لها معنى أو بدون معنى .

- أدت الدراسات والمناقشات السابقة إلى حدوث العديد من التعديلات المقترحة فى الدليل التشخيصى الرابع (DSM IV , 1994) خاصة مسألة إقتناع الشخص بأن أفعاله التي يقوم بها ليس لها معنى أو أنه عند نقطة معينة يدرك الشخص (لامعقولية افكاره) و (لا معقولية ما يقوم به من وأفعال) .

(دايفيد رجز ، إدنافوا ، ٢٠٢ ، ٤٧٢ ، ٤٧٦)

معايير تشخيص إضطراب الوسواس القهرى ، وفقا للدليل التشخيصى والإحصائى الرابع :

يصف الدليل أضطراب الوسواس القهرى من خلال تضمنه الخصائص الآتية:

١ - الخصائص الجوهرية فيه هى التوتر المستمر للوسواس والأفعال القهرية والتشخيصية يجب أن يكون لدى الشخص إما وسواس أو أفعال قهرية .

٢ - أن تكون هناك وسواس متكررة بشكل مستمر وأفكار لا يمكن مقاومتها وصور ذهنية ودفعات تقترح رغما عن الشخص الشعور ورغم إنها تبدو بغيبضه وغير معقولة إلا أن الشخص يدرك أنه لا إرادة له فى إستدعاء مثل هذه الأفكار) .

٣ -- تبدو الافعال القهرية متكررة وفى شكل سلوك هادف وتمارس وفق قواعد معينة أو بطريقة نمطية وهى تظهر ، بل ويضطر الفرد إلى ممارستها نتيجة احساسه بالقهر وبالرغبة فى المقاومة ، وهذا السلوك غير مقصود فى حد ذاته ولكنه يهدف إنتاج بعض المواقف أو منع حدوثها .

٤ - تسبب الوسواس والافعال القهرية عجزا فى أداء الشخص ، كما تؤدي إلى شعوره بالاسى على النفس .

٥ - أن لا تكون الوسواس والافعال ناتجة عن أى إضطرابات أخرى (مثل الاصابة بالفصام) أو أى إضطرابات عضوية ، أو إضطرابات وجدانية كبرى .

(APA. , 2000)

الوساوس : الوساوس عبارة عن أفكار مضخمة وغير مرغوبه ، وصور ذهنية ودفعات أو مزيج منها .

وتتحدد الوساوس وفقا للمحكات الأربعة الآتية :

١ - أفكار أو دفعات أو صور ذهنية متخيلة ، تتكرر وتعاود الفرد رغما عنه ، وتستمر في ذلك ، يخبرها الفرد ويمر بها في مرحلة معينة من مراحل إضطرابه - على أنها (مقننة) لعقله بالرغم من إنها غير عقلانية ، فضلا عن أنه يتسبب عنها مزيجا من القلق والضيق والكرب الذى يتبدى على ملامح الفرد .

٢ - لا تعد الأفكار أو الدفعات أو الصور الذهنية إنزعاجا زائدا من مشكلات الحياة اليومية (الجارية) .

٣ - يحاول الفرد أن يتجاهل أو (ينسى) مثل هذه الأفكار أو الدفعات أو الصور الذهنية لا أنه يفشل ، بالرغم من أنه يحاول أن يعادلها أو يقرنها ببعض الأفكار أو الأفعال الأخرى حتى لا تكون في صورتها الواضحة إلا أنه يفشل أيضا في ذلك) .

٤ - يصل الفرد إلى يقين بأن الأفكار الوسواسية والدفعات والصور الذهنية المتخيلة نتاج لعقله الشخصى هو (وليست مفروضة عليه من قبل جهات أو مؤسسات موجودة في الخارج - وهذا يفرق بوضوح ما بين إضطراب الوسواس القهرى وإضطراب الهذات والضلالات في مرضى الفصام مثلا)

الافعال القهرية :

وتتم الافعال القهرية بالتكرار وتبدو في صورة سلوك غرضى وهى تمارس ، أو تصاحب بأحاساس ذاتي بالقهر ، ويقاومها الشخص عموما ، وهى تمارس وفق قواعد معينة أو بطريقة نمطية ، وعلى الرغم من مقاومتها فإن هذه الاشكال السلوكية تمارس بشكل نشط من جانب الشخص .

كما يعد السلوك الطقسى ، من الافعال القهرية والشائعة ، وهو يتضمن المراجعة والاغتسال والنظافة ، وتتضمن أنماط السلوك القهرى الأخرى القيام بأعمال متعددة بتتابع شديد التصلب .

(ب . دى . سيلفا ، ٢٠٠٠ ، ص ٦٠ - ٦١)

ويمكن تشخيص الافعال القهرية وفقا للمحكات الآتية :

١ - السلوك المتكرر (مثل : غسل اليدين ، الترتيب ، المراجعة) أو الافعال العقلية (مثل : العد ، تكرار الكلمات بشكل صامت) حيث يشعر الفرد بأنه مجبر على

القيام بها استجابة لوسواس أو تبعا لقواعد يتعين إتباعها بالنص (أو وفقا للمصطلح الشائع : كما أنزلت) .

٢ - يهدف السلوك أو الأفعال العقلية إلى منع حالة الضيق أو الكرب في محاولة للتقليل منها ، أو إلى منع حادث أو موقف صادم ، ومع ذلك فإن هذا السلوك إما أنه غير مترابط (مع غيره من السلوكيات الأخرى ، وإما أنها زائدة بشكل مفرط)

٣ - يسلم الفرد - في مرحلة معينة من مراحل الإضطراب - بأن الأفعال التي يقوم بها بالغة التعقيد وغير معقولة أو أنه (يفرط) فيها .

ملحوظة : هذا المعيار لا ينطبق على الاطفال .

٤ - إن الأفعال القهرية (مثلها بالضبط مثل الوسواس) تسبب ضيقا للفرد لأنها تستهلك طاقة ومجهود الشخص ، وتستهلك وقتا طويلا ، تؤثر كثيرا في الروتين اليومي للشخص ، وتؤثر في ممارسة الشخص للعديد من الأنشطة الذاتية أو الإجتماعية في علاقاته مع الآخرين .

٥ - لا يعد الإضطراب ناتجا من تأثيرات فسلوجية مباشرة لتعاطي مادة معينة (اساءه إستخدام المواد المخدرة) أو يكون الشخص واقعا تحت تأثير تناوله العقاقير النفسية) أو نتيجة لحالة طبية عامة .

(APA. , 2000)

الفرق بين الوسواس والقهر :

لا بد من أن نفرق بين الوسواس والقهر ، ومن الخطأ إستخدام المصطلحين بالتبادل ، لأن لكل منهما إستخدام خاص به .

فالوسواس أفكار تطفلية تقتحم الفكر من داخله ، كما أنها مداومة معاودة ، وتسبب في حدوث القلق ، في حين أن الأفعال القهرية أفعال نمطية حسية جسمية أو عقلية يقوم بها الفرد حتى يخلص نفسه من القلق الناجم عن الوسواس ، ولكنهما يوجدان معا عادة .

(أحمد محمد عبد الخالق ، ٢٠٠٢ ، ص ٨٩)

واضطراب الوسواس القهرى له الأنماط الآتية :

١ - المراجعة Cheching

٢ - التكرار Repeating

٣ - الترتيب Ordering

٥ - الخزن أو التخزين Hoarding

٦ - طقوس التفكير Thinking Rituals

٧ - الوسوس البحتة (أو النقية) Pure Obsessions

وإن لكل نمط من الأنماط السابقة مظاهره الخاصة به

أ - مظاهر الإغتنال والتنظيف :

- تجنب لمس أشياء معينة نتيجة لإمكانية تلوثها .

- صعوبة التقاط شيء سقط على الأرض .

- تنظيف المنزل بشكل زائد على الحد .

- أخذ حمام مدة طويلة جدا .

- الإنشغال الزائد بالجراثيم والمرض .

ب - مظاهر المراجعة والتكرار (النمط رقم ٢ ، ٣)

- المراجعة بشكل متكرر للتأكد من أن الأشياء قد أنجزت بالصورة المثالية (أو كما أنزلت) .

- صعوبة في إنجاز الأشياء بسبب التكرار والمعاودة .

- تكرار الإفعال حتى تمنع حدوث أمر سيئ .

- الإنشغال الشديد خوفا من الوقوع في الخطأ (تقدير البلاء قبل وقوعه) .

- أفكار تمر بالذهن إلا أنه يستطرق فيها .

ج - مظاهر الترتيب :

- إن توضع الأشياء في ترتيب معين .

- قضاء وقت طويل للتأكد من أن الأشياء موضوعة في مكانها الصحيح (

كما وضعها هو ، واذكر أنني توليت مسئولية رئاسة قسم في مكان ما

بدلا من شخص كان يعاني من هذا الإضطراب وكان سيتغيب عن العمل

لظروف أسرية قاهرة فأوصاني أن لا أحرك أى ورقة من مكانها -

طوال رئاستي المؤقتة - حتى لا يتشتت فيما بعد إذ أراد الرجوع إلى

(ملف ما) لأنه وفقا لروايته : أنا مرتب الملفات بترتيب خاص) .-

- ملاحظة فورية للأشياء التي لا تكون في مكانها .
- يكون الفرد في غاية الإضطراب (والهلع) إذا رتبت الأشياء بواسطة الآخرين ، أو وجد خلافا في (تأترتيب) كما (رتبه هو) .
- د - مظاهر التخزين :
- صعوبة إتخاذ قرارات متصلة بالتخلص من بعض الأشياء .
- جلب أشياء يبدو أنها عديمة النفع إلى المنزل .
- يصيح (مكتبه على سبيل المثال أقرب إلى المخزن حيث يحتفظ حتى (بفاتورة) شراء كتاب معين وكذا كافة (الفواتير) ... إلخ) .
- يكره أن يلمس الآخرون ممتلكاته (خشية أن لا يعيدها إلى ترتيبها مثله) .
- يجد نفسه (في موقف لا يحسد عليه) إذا طلب منه أن يتخلص من بعض الأشياء التي لا قيمة لها .

هـ - مظاهر طقوس التفكير :

- تكرار كلمات أو أعداد معينة في ذهن الشخص .
- قضاء وقت طويل في الأنشطة (الحمام - الوضوء - الصلاة - تسابيح ما بعد الصلاة ... إلخ)
- مراجعة كافة الأشياء بنفسه حتى يتأكد من أن كل الأمور على مايرام .
- تكوين قوائم عقلية لمنع عواقب غير سارة .

(أحمد عبد الخالق ، ٢٠٠٢ ، ص ص ٩١ - ٩٨)

أهم الملامح الرئيسية للمضطربين باضطراب الوسواس القهرى :

رصدت العديد من الدراسات أهم ملامح المضطربين بالوسواس القهرى فى السمات أو الملامح الآتية :

- ١ - التجنب : ونقصد به إن الكثير من المضطربين باضطراب الوسواس القهرى غالبا ما يأخذ سلوكهم سلوك التجنب المعروف فى حالات الفوبيا ، كما يتعلق أيضا التجنب بالمنبهات ، أو القيام بالسلوك الذى يتضمن إمكانية إطلاق الوسواس أو الافعال القهرية .

- ٢ - الخوف من الكوارث : إذ يذكر معظم الأشخاص اللذين يعانون من

إضطراب الوسواس القهري خشيتهم من إمكانية التعرض لكوارث سوف تحدث إذا هم أهملوا القيام بسلوكهم القهري . مثال غسل اليد بطريقة قهرية لمنع وقوع حادثة ما .

٣ - المقاومة : اعتبرت مقاومة الوسواس والأفعال القهرية خاصية محورية في عصاب الوسواس القهري ، وإذا كان بعض الأشخاص يحاولون المقاومة وستمرون فيها فإن البعض الآخر من المرضى يعتقدون بأنه لا توجد لديهم من الأساس مقاومة قوية ، ويبدو الأمر وكأنهم قد توقفوا عن المقاومة واستسلموا تماماً للواقع .

٤ - السعي للحصول على تأكيدات : يلجأ كثير من مرضى الوسواس القهري للسعي الدائم للحصول على تأكيدات من أفراد الأسرة (التأكد من اغلاق صنابير المياه مثلا) وعندما يحصل المريض على التأكيدات التي يطلبها من الآخرين أو يقوم هو بها (يشعر بالتحسن إلا أنه بعد فترة يتكرر طلب التأكيدات (؟))

٥ - المقاطعة : عندما ينخرط مريض الوسواس القهري في سلوكهم القهري فإنهم يشعرون بالحاجة إلى القيام به بمنتهى الدقة أو بدون مقاطعة ، وإذا حدثت المقاطعة (أى حدث ما يجعله يتوقف عن القيام بسلوكه القهري) فإنه يبدأ من جديد .

٦ - تأمل الأفكار : يعد تأمل الأفكار أحد المظاهر الأساسية المميزة لأضطراب الوسواس القهري ، إذ يظل الشخص في حالة (طرح) أسئلة على نفسه و (طرح) احتمالات و (انشغال دائم ومستمر) بالتفكير في موضوعات فلسفية مثل : هل هناك حياة بعد الموت ؟ .. وغيرها من التساؤلات .

(ب. دى سلفيا ، ٢٠٠٠٢ ٦٣ - ٦٥)

علاقة إضطراب الوسواس القهري بغيره من الإضطرابات :

الحقيقة التي يجب أن نذكرها هنا أن إضطراب الوسواس القهري قد (يتماس) أو (يتداخل) مع العديد من الإضطرابات النفسية الأخرى .

ولذا سوف نذكر في عجالة سريعة بعض الإضطرابات النفسية والعقلية والانحرافات السلوكية التي قد يتداخل معها إضطراب الوسواس القهري .

أولا : التداخل التشخيصي مع إضطراب الإكتئاب :

في كثير من الحالات يجد الطبيب النفسى أعراض الوسواس القهري متداخلة مع إضطراب الإكتئاب الجسيم ، ولكن اعراض إضطراب كلا منهما تكون هي الغالبة على الصورة المرضية أو هي سبب شكوى المريض الأولية . ولذا يكون هناك ثلاثة خيارات تشخيصية على الأقل هي :

١ - إن اضطراب الإكتئاب الجسيم يمكن أن يشتمل على أفكار وسواسية أو أفعال قهرية كجزء من أعراض اضطراب الإكتئاب نفسه .

٢ - إن اضطراب الوسواس القهرى يمكن أن يشتمل على أعراض إكتئاب كجزء من أمراض اضطراب الوسواس القهرى نفسه .

٣ - إن الاضطرابين يمكن أن يكونا موجودين معا فى المريض نفسه فى الوقت نفسه . وإن الكثير من الدراسات قد أشارت إلى هذا التداخل .

(منظمة الصحة العالمية ، ١٩٩٩ ، ١٥٢ ، ١٥٣)

أنظر على سبيل المثال :

(Karno. et al. , 1998)

ثانيا : التداخل التشخيصى مع حالات اضطراب توهم المرض :

وجدت العديد من الدراسات والملاحظات حدوث تداخل ما بين تشخيص اضطراب الوسواس القهرى واضطراب توهم المرض Hypochondriacal Disorder وذلك من خلال توهم المريض أنه يعانى من بعض العلال البدنية من خلال (تسلط) فكرة أساسية عليه خلاصتها أنه يعانى من مرض (بدنى) خطير ، وغالبا ما تبدأ الحالة عقب قراءة أو سماع الشخص لبعض الامراض .

(منظمة الصحة العالمية ، ١٩٩٩ ، ص ١٧٤)

ثالثا : التداخل التشخيصى مع أمراض المخ العنوية :

والأمراض العنوية للمخ قد تشمل العديد من الاضطرابات التى تعكس العديد من حالات (الشذوذ) فى المخ ، ويطلق عليها الان اسم الاضطرابات المعرفية Cognitive Disorders على اساس أن كل الأمراض النفسية حسب الفهم الحالى للأمور هى أمراض مخ عنوية . فمثلا فى حالات مرض الشلل الرعاش أو باركينسون Parkin's Disease ، وكذلك بعض حالات ما بعد التهاب المخ الفيروسي Postencephalitic ، وبعض حالات الصرع وغيرها من الحالات قد يعانى المريض طبقا قهرية ، إلا أنه مع الفحص الدقيق يمكن (التفرقة والفصل) ما بين هذه الاضطرابات العنوية واضطراب الوسواس القهرى من عدة وجوه .

(وائل ابوهندى ٢٠٠٣ ، ٢٨١ - ٢٨٣)

رابعا : التدخل التشخيصى مع اضطرابات الطعام :

خاصة مرض الشره العصابى للطعام ، أو مرض فقدان الشهية للطعام حيث

نجد الملمم الإساسى فى كلا الإضطرابين من إضطرابات الطعام وجود ما يمكن أن نسميه (الإنشغال الوسواسى القهرى بالتحافة) أو (الانشغال الوسواسى القهرى بالطعام وتناوله) ثم (الانشغال بكم السعرات الحرارية) ثم الرغبة (فى القيام بفعل التقيؤ) حتى لا يصل (الوزن) إلى الدرجة التى لا يرغبها الفرد ، ويجب فى كل الأحوال التفرقة ما بين إضطراب الطعام وإضطراب الوسواس القهرى .

(منظمة الصحة العالمية ، ١٩٩٩ ، ١٨٧ ، ١٩٢ -)

خامسا : التداخل التشخيصى مع إضطرابات اللوازم الحركية :

إضطراب اللوازم لاشك إنه يتصف بوجود العديد من اللوازم سواء أكانت حركية أو صوتية ، مع الأخذ فى الاعتبار أن هذه (اللوازم) تميل إلى (التكرار) و (الإلزام والقهر) ولذا غالبا ما نجد تداخلا ما بين هذه (اللوازم) وبين العديد من الأفكار والأفعال القهرية ، بيد أن (الفحص الدقيق) يكشف عن التفرقة بين كلا النوعين من الإضطراب .

(وائل ابو هندى ، ٢٠٠٣ ، ٢٨٥ - ٢٨٧) .

سادسا : التداخل التشخيصى مع رهاب التشوه :

مريض اضطراب التشوه الجسدى Body Dysmorphic Disorder فإن المريض هنا يعانى فكرة تسلطيه أو وسواسية خلاصتها أنه يعانى من تشوه فى منطقة معينة من مناطق جسده (وخاصة الوجه) وقد كون التشوه فى : الأنف ، الشفتان ، الثدى ، الأرداف وبالتالى يزور عيادة الجراح ويتكلم معه فى احساسه بأن أنفه مثلا كبير أكثر من اللازم ، أو معوج بشكل أو بآخر .. الخ ، وقد يقوم الطبيب الجراح بإجراء الجراحة لا أن الأمور (من الناحية النفسية) تظل (مقلقة) بالنسبة للشخص (لأن المشكلة ليست فى الأنف أو الشفتان بل فى إدراك الشخص لها) .

(وائل أبو هندى ، ٢٠٠٣ ، ١٨٧ - ٢٨٨)

سابعا : التداخل التشخيصى مع إضطراب الفصام :

تم ملاحظة الكثير من الأعراض الوسواسية القهرية فى الفصام ، كما لوحظت الاعراض الذهنية فى إضطراب الوسواس القهرى ، ولذا لابد أن نفرق ما بين الوسواس والضلالات Delusions .

(أحمد عبد الخالق ، ٢٠٠٢ ، ٢٤٦ - ٢٥٠)

ثامنا : التداخل التشخيصى مع الاضطرابات الاندفاعية :

يحدث تداخل ما بين محكات تشخيص إضطراب الوسواس القهرى ،

واضطراب الاندفاعية والذي يأخذ العديد من الصور مثل : هوس السرقة ، المقامرة المرضية ، هوس نتف (أو نزع) الشعر ، هوس إشعال الحرائق ... الخ ، ولذا لا بد من البحث عن محكات تشخيص كل اضطراب على حده .

(أحمد عبد الخالق ، ٢٠٠٢ ، ٢٤٥ ، ٢٤٦)

كما نستطيع إيجاد تداخل تشخيصي ما بين الوسواس القهري والإدمان ، والاضطرابات الجنسية ، وغيرها من الاضطرابات .

(Foa. et. al. 1982)

أسباب الوسواس القهري :

أولا : العوامل الوراثية :

يلعب العامل الوراثي دوراً هاماً في نشأة الوسواس القهري ، فقد وجد أن بعض أولاد المرضى بالوسواس القهري يعانون من نفس المرض ، كذلك الأخوة والأخوات ، هذا غير باقي أفراد العائلة الذين يعانون من الشخصية القهرية وقد وجدت في دراسة حديثة إن التاريخ العائلي لمرضى الوسواس القهري في مصر يظهر في (١٦) مريض من (٨٤) حالة أي حوالي ٣٪ .

(أحمد عكاشة ، ١٩٩٨ ، ص ١٣٧)

النظريات النفسية :

١ - **نظرية التحليل النفسي :** حيث يرى فرويد إن الوسواسيين قد حدث لهم (تثبيت) Fixation على المرحلة الشرجية من التطور النفسي الجنسي ، نتيجة لصراعات بين الوالدين والطفل حول التدريب على عادات الحمام ، ويحدث الصراع - خلال التدريب على الحمام - بين رغبة الطفل في التخلص من فضلات جسمه تبعاً لإرادته ، وطلب الوالدين منه أن ينظم هذه العملية المتصلة بالشرح ليوافق المستويات الحضارية في النظافة وفي التحكم في الدفعات .

وعندما يصدر عن الوالدين ضد الطفل عقاب شديد على ذلك وعندما يكون هذا التدريب مبكراً جداً أو متأخراً جداً ، أو عندما يدرك الطفل خبرة هذا التدريب على أنه محبط جداً فإن ذلك يؤدي إلى اضطراب الوسواس القهري .

ب - النظرية التحليلية لفرويد يون الجدد :

حيث تنظر لمرضى الوسواس القهري على أنه نوع من الرغبات البغيضة المثيرة للإشمئزاز بشدة الصراعات التي كبقت ، وتهدد أن تقتحم الشعور بما يضع الفرد في خطر الواقع فريسة الوسواس ، ويتصل الدفاع بواسطة كل من الأزاحة

والإبدال ، ويمده ذلك بألية مباشرة للراحة ، وأن (تقاليد وعادات المجتمع) لها دور فى ذلك .

(أحمد عبد الخالق ، ٢٠٠٢ ، ٢٧٣ - ٢٧٨)

ح- النظريات السلوكية :

وينظر أصحاب المدرسة السلوكية لإضطراب الوسواس القهرى على أنه سلوكا متعلما تم دعمه عن طريق المخرجات أو النتائج التى يؤدى إليها احدى هذه النتائج وهو خفض القلق ، والخوف ، ومن ثم فإن إكتشاف ذلك - بالنسبة للفرد - يؤدى به إلى تكرار نفس السلوك .

(وائل ابو هندى ، ٢٢٠٣ ، ص ١٤٤)

د - النظريات المعرفية : يفترض أصحاب هذه النظرية إن مرضى الوسواس القهرى لديهم آلية التغذية الراجعة الهدف ممزقة Disrupted بحيث ينتج عنها مداومته على سياق وأفعال معينة ، وأن هؤلاء المرضى يعانون من خلل فى وظيفة المخ المتصلة بالمضاهاه / عدم المضاهاه ، وإن لديهم زيادة فى اشارات الخطأ والتى لا يمكن خفضها من خلال المخارج السلوكية تولدها عقد عصبية قاعدية ، ولذا فإن مرضى الوسواس القهرى حين يوجدون فى موقف يحتمل أن تنجم عنه عواقب غير مرغوبة أو مؤذية فإنهم يزيدون من تقرير احتمال حدوث العواقب المضره ، وإن هذه التوقعات المرتفعة جدا لدى الوسواسين القهرين بحدوث العواقب غير السارة يجعلهم يزيدون من احتمال (توقعاتهم) لحدوث نتائج سلبية لمختلف الأفعال .

(أحمد عبد الخالق ، ٢٠٠٢ ، ٢٨٩ - ٢٩٥)

ونكتفى بهذا القدر من التفسيرات .

علاج الوسواس القهرى : تتعدد المداخل العلاجية ويمكن تلخيصها فى :

أولا : العلاج الدوائى :

تفيد أحيانا العقاقير المضادة للقلق والإكتئاب والأدوية المطمئنة الكبرى فى إختفاء القلق ، وقد أثبتت العديد من الدراسات أن عقار (الكومبيبرامين) له تأثير جيد وإيجابى على مرضى الوسواس القهرى وغيره من العقاقير .

(وائل ابو هندى ، ٢٠٠٣ ، ١٧٨ - ١٨٢)

ثانيا : العلاج النفسى :

أ - العلاج بالتحليل النفسى : من خلال تمكين المريض من أن يتعرف إلى

الصراع الكامن عن طريق إبطال كبت الصراع اللاشعورى ، مع تحليل متعمق للدفاعات الوسواسية القهرية ، وإن كانت العديد من الدراسات التى تناولت مدى شفاء الوسواس القهرى باستخدام العلاج بالتحليل النفسى قد أثبتت قلة كفاءته .

(أحمد عبد الخالق ، ٢٠٠٢ ، ٣٢٢ - ٣٢٣)

ب - العلاج السلوكى : وقد أثبت كفاءته فى علاج هذا الإضطراب والكثير من اعراضه الناتجة عنه ، كما أثبتت العديد من الدراسات التتبعية لنتائج هذه العلامة أنه قد حقق فوائد جيدة فى مجال الشفاء .

(عبد الستار إبراهيم ، ١٩٩٨)

ج - العلاج المعرفى :

وقد أثبت كفاءته فى علاج العديد من الحالات ، وذلك من خلال وضع استراتيجيات معينة تهدف إلى تحديد السلوك وما يرتبط به من أفكار لاعقلانية ، ثم التعامل مع مثل هذه الأفكار .

(ديفيد رجز ، إدناخو ، ٢٠٠٢ ، ٤٦٩ - ٥٧٦)

٤ - العلاج البيئى والاجتماعى :

حيث يحتاج المريض أحيانا إلى تغيير مكان العمل أو السكن حتى يبتعد عن مصدر الوسواس خاصة إذا كانت له علاقة بالخوف من الأمراض أو التلوث بميكروبات أو طقوس حركية خاصة .

(أحمد عكاشة ، ١٩٩٨ ، ١٥٢)

مآل اضطراب الوسواس القهرى :

محكات المآل الجيد : وتظهر من خلال العلاجات الآتية :

١ - أن يظهر التاريخ الشخصى للفرد قبل المرض قدرا جيدا من التوافق والتكيف الوظيفى والاجتماعى لأن ذلك يشير إلى شخصية متوافقة .

٢ - إن تتزامن بداية الأعراض مع حدث حياتى ذى تأثير فى حياة المريض أى أن تكون هناك زيادة فى الضغوط النفسية الحياتية فى الفترة التى تسبق أو ترافق بداية المرض .

٣ - إن تكون الأفكار التسلطية أو الافعال القهرية عرضية فى حياة المريض أى أن يكون ظهورها مؤقتا وليس مستمرا .

٤ - أن تكون مدة معاناة المريض من الأعراض قبل عرضه على الطبيب

النفسي للعلاج قصيرة لأن هناك ما يشير إلى استجابة أفضل للعلاج كلما قصر عمر الأعراض .

محكات التشخيص السيئ :

- ١ - الإستسلام للافعال القهرية بدلا من مقاومتها .
- ٢ - وجود بعض الأقتناع أو الأقتناع التام بالافكار الوسواسية بدلا من رفضها .
- ٣ - أن تكون الافعال القهرية غريبة وشاذة .
- ٤ - وجود إضطراب شخصية كما يتضح من وتاريخ حياة المريض قبل المرض خاصة إضطراب الشخصية الفصامية النوع .
- ٥ - أن تكون بداية اعراض الإضطراب فى سن الطفولة .
- ٦ - أن يكون تأثير الأعراض فى حياة المريض وأدائه الوظيفى كبيرا إلى الحد الذى يستدعى إدخاله إلى المستشفى .
- ٧ - وجود تاريخ للوسواس القهرى فى عائلة المريض .
- ٨ - أن يتأخر المريض فى اللجوء إلى العلاج النفسى .

(وائل ابو هندى ، ٢٠٠٣ ، ١٩٥ - ١٩٦)

وفى العديد من الدراسات التتبعية لمسار ومآل المرض توصلت بعض الدراسات
النتائج الآتية :

- إن من ٢٠ ٪ إلى ٣٠ ٪ من المرضى تقريبا تتحسن اعراضهم تحسنا واضحا .. وأن من ٤٠ إلى ٥٠ ٪ يكون لديهم تحسن متوسط ، وأن من ٢٠ إلى ٤٠ ٪ يظلون مرضى أو قد تسوء حالتهم ، بل وقد يتحول ثلثهم إلى مرض آخر (الفصام مثلا) .

(Kaplan & Sadock . 1996 . P. 407)

- فى حين توصل أحمد عاشة فى دراسة تتبعية لمرضى الوسواس القهرى إن ثلثى الحالات تتحسن فى غضون خمس سنوات بغض النظر عن الطريقة العلاجية أو أن نسبة ٨ ٪ قد تحولت فى غضون خمس سنوات من الوسواس القهرى إلى أعراض ذهان الفصام .

(أحمد عكاشة ، ١٩٩٨ ، ص ١٥١)

وقد إطلنا قليلا فى الحديث عن هذا الاضطراب نظرا لكثرة ضحاياه ، واختفاء العديد من أعراضه خلف العديد من الإضطرابات النفسية والعقلية والسلوكية الأخرى .

٥- اضطراب الضغوط التالية للصدمة

Post`teumatic Stress Disorder (ptsd)

مقدمة :

هذا الاضطراب هو أحد اضطرابات القلق ، ويظهر كرد فعل متأخر أو ممتد زمنيا لحدث أو إجهاد ذي طابع يحمل صفة التهديد أو الكارثة الإستثنائية .

وبائيات اضطراب الضغوط التالية للصدمة :

نتائج بعض الدراسات التي ذكرت بعضاً من وبائيات هذا الاضطراب .

* فقد توصلت إحدى الدراسات التي تناولت ضحايا الإعتداءات أو العنف الجنسي قد وجدت إن ١٨ ٪ من ضحايا الإعتداء الجنسي كانوا من الذكور (أطفال أو راشدين) بالرغم من إن الرجال أكثر تحرجا في الحديث عن مسألة الإعتداء الجنسي عليهم ، ولكن هناك مؤشرات بأنهم يعانون تماما من الضغوط (ما بعد الصدمة) مثلهم في ذلك مثل النساء سواء بسواء .

(Kasgniak. et . al . 1988)

* وإن نسبة الانتشار تقدر بـ ١ إلى ٣ ٪ .

* وإن نسبة الذكور للإناث ١ : ٢

* وإن سن بداية الاضطراب أى سن بما فى ذلك مرحلة الطفولة .

* وإن لا يشترط البحث عن تاريخ أسرى فى مثل هذا الاضطراب .

(Khplan, H. & Sadock, B.,, 1996)

* فى حين أوردت دراسة أمريكية إن ٥٤ ٪ من عينة بلغت (٣٨٠٠) من طالبات الجامعة فى ولايات متعددة قررن أنهن اصبحن ضحايا بشكل أو آخر من الجرائم الجنسية وتحقق ١٥ ٪ من هذه الخبرات المحكات القانونية التي تعدها جرائم إغتصاب .

* وفى دراسة أخرى تناولت (١٠٠٧) من الراشدين وجد إن أكثر من ثلث العينة (أى ٣٩١ ٪) قد خبروا حادثا صدميا واحد على الأقل طوال حياتهم ومن أمثلة هذه الحوادث التي قرروها . إصابة فجائية ، حادثة خطيرة ، اعتداء جسمي ، مشاهدة موت شخص .. الخ

* فى حين وجدت دراسة أخرى تناولت (٣٩١) امرأة أمريكية راشدة إن أكثر من ٧٥ ٪ من افراد العينة ضحايا جريمة واحدة على الأقل وقررت الغالبية أنهم تعرضن لجرائم متعددة ، وإن معدلات الحوادث الصدمية تعددت ما بين : إغتصاب كامل إلى محاولة تحرش ، إلى سرقة ، ، إلى السطو على المنزل ليلا .
(من خلال أحمد عبد الخالق ، ١٩٩٨ ، ٩٦ - ٩٩)

مفهوم الضغوط : Stress

الضغوط أو الانعصاب مصطلح مشتق أو مستعار من علم الفيزياء ويشير إلى اجهاد أو ضغط أو قوة تمارس ضغطها على الاجسام ، والمصطلح يشير فى علم النفس إلى درجة عالية ومرتفعة من الضغوط تقع على كاهل الإنسان ، وأن واستمرار التعرض لمثل هذه الضغوط ، أو زيادة حدتها لدرجة تفوق طاقة الإنسان تؤدي فى النهاية إلى العديد من النتائج السيئة على صحة الفرد .
(Mitchell & Everly, 1996 P. 6)

فى حين إن المرجع الاخير يقرر أن مصطلح الضغوط أو الانعصاب من الممكن أن يكون قريباً من مصطلح الحادث الصدمى Traumatic Events ، وقد اشتق من ذلك ما يسمى بعلم الصدمة Traumatology وهو علم يختص بالدراسة العلمية للأثار النفسية والاجتماعية المترتبة على استمرار الضغوط (بغض النظر عن نوعها) على الفرد .

متى بدأ مصطلح اضطراب الضغوط التالية للصدمة فى الظهور .

يحسن بنا أن نشير فى عجالة إلى عدة حقائق :

١ - إنه قبل عام ١٩٨٠ لم يكن هذا المصطلح له وجود فى الطبعتين الأولى والثانية من الدليل التشخيصى والإحصائى الأول والثانى .

٢ - فى عام ١٩٨٠ تجمع عدد من الأسباب والدلائل والملاحظات فرضت على أعضاء رابطة الأطباء النفسيين إن تفرد تصنيفاً تشخيصياً مستقلاً يجمع اعراض هذا الاضطراب فى فئة اضطرابية مستقلة .

٣ - أنه بالنظر فى الطبعة الأولى والثانية كان يتم التعبير من مصطلح الضغوط التالية للصدمة بمصطلحات من قبيل : رد الفعل الواضح ، الاضطراب الموقفى العابر ولكن بدون ان يصنف كعصاب .

٤ - أما عن الأدلة التى جعلت أعضاء الرابطة يقررون تخصيص فئة

تشخيصية لهذا الاضطراب وبداية من الطبعة الثالثة ، فكانت عبارة عن الأدلة الآتية :
أ - التراث التاريخي الذى تراكم عبر القرون مشيراً إلى زمله مرضية تالية للكوارث والحروب بصفة خاصة .

ب - الملاحظات التى سجلت عبر التاريخ لغير المتخصصين وأكدتها مشاهدات المتخصصين فيما بعد عن الآثار النفسية للحوادث الضاغطة .

ج - تجميع المسميات العديدة السابقة لهذه الظاهرة تحت اسم واحد هو إضطراب الضغوط التالية للصدمة .

د - الحالات النفسية المضطربة والناجمة عن حروب كبرى حدثت فى هذا القرن الماضى وأهمها الحرب العالمية الأولى ، والثانية ، والحرب الكورية ، وحرب فيتنام .

هـ - دلائل الإضطراب الواضحة على الأفراد الذين خاضوا تجربة الحروب وظهر أعراض مرضية عليهم حتى بعد مرور أكثر من عشر سنوات على إنتهاء اشتراكهم فى هذه الحروب .

و - إرتفاع معدلات حدوث جرائم الإغتصاب ومعانات الضحايا من أعراض إضطراب محدد تالية لهذه الصدمة .

ز - إرتفاع معدلات إنتشار العنف والإنحراف فى كل من المنزل والطريق .
ح - بداية الإهتمام بدراسة الضغوط الشديدة ذات المصدر الداخلى (كالإصابة بالسرطان) والضغوط الإجتماعية الشديدة ذات المصدر الخارجى (كفقد العائل) .

ك - التشابه الكبير بين ردود أفعال أشخاص يمرون بحادث صدمى على الرغم من الاختلاف الشديد فى نوعية هذا الحادث : الحرب ، الكوارث الطبيعية ، الإغتصاب ، الإصابة بالسرطان ... وغيرها .

(أحمد عبد الخالق ، ١٩٩٨ ، ١٧٦ - ١٧٧)

المحكات التشخيصية لإضطراب الضغوط التالية للصدمة تبعا للدليل التشخيصى والإحصائى الرابع :

أ - يكون الفرد قد تعرض لحادث صدمى ، بحيث يوجد المعياران التاليان :
١ - أن يتعرض الشخص لحادث أو أحداث تنطوى على الموت أو على احتمال التعرض له أو لإصابة خطيرة ، أو خطر يهدد سلامة بدنه ، أو ابدان الغير أو أن يشاهد مثل هذه الأحداث أو أن يواجهها .

٢ - أن تتسم استجابة الشخص للحدث بالخوف الشديد والعجز والرعب .
ملحوظة : قد تتصف استجابة الطفل للحدث بتفكك السلوك أو الفوران بدلا من المظاهر الأخرى .

ب - أن تعاود الخبرة الصادمة الشخص بطريقة أو أكثر من الطرق الآتية :
١ - استرجاع متكرر للحدث يفرض نفسه بشكل مزعج ، ويشمل التخيلات والأفكار والإدراك الحسى .

ملاحظة : قد يعبر الطفل الصغير عن استرجاعه لوقائع الحدث باللعب المتكرر الذى يدور حول موضوع الصدمة أو جوانبها .

٢ - احلام مزعجة متكررة تدور حول الحدث .
ملحوظة : يصاب الأطفال الصغار باحلام مخيفة دون تذكرهم لمحتوياتها (عقب إستيقاظهم) .

٣ - التصرف أو الإحساس بطريقة توحى بأن الحادث الصادم يتكرر مرة أخرى بما فى ذلك الشعور بأنه يمر بالخبرة مرة أخرى ، والخداعات ، والهلاوس ، ونوبات إرتجاع الذاكرة الانفصالى ، بما فى ذلك تلك التى تحدث أثناء اليقظة وفى حالات السكر (الإدمان) أو إختلال الوعى .

٤ - الشعور بمعاناة نفسية شديدة عند التعرض لمؤثرات داخلية أو خارجية ترمز للحادث أو تشبه جوانب منه .

٥ - سرعة ظهور الاستجابات الفسيولوجية عند التعرض للمؤثرات السابقة .
جـ - المواظبة على تجنب المؤثرات المرتبطة بالصدمة وتبلى الاستجابات بصفة عامة (شريطة عدم وجوده قبل التعرض للصدمة) ، كما يتضح من وجود ثلاثة معايير أو أكثر من المعايير التالية :

(١) تجنب الأفكار والمشاعر المتعلقة بالصدمة أو التحدث عنها .

(٢) تجنب الأنشطة والأماكن والأشخاص التى تستثير ذكريات الصدمة .

(٣) عدم القدرة على استرجاع جانب مهم من جوانب الصدمة .

(٤) تضائل ملحوظ فى الإهتمام بأنشطة مهمة أو بالمشاركة فيها .

(٥) الشعور بالانفصال عن الآخرين والإبتعاد عنهم .

(٦) تقلص الانفعال (عدم القدرة على الشعور بالحب) .

(٧) تقلص أبعاد المستقبل (مثل : عدم توقيع الإلتحاق بمهنة أو الزواج أو الإنجاب أو البقاء على قيد الحياة مدة معقولة)

د - إعراض الإثارة المستمرة التي لم تكن موجودة قبل التعرض للصدمة ، كما يتضح من توافر اثنين أو أكثر من المعايير التالية :

(١) صعوبة بدء النوم والإستمرار فيه .

(٢) العصبية ونوبات الغضب .

(٣) صعوبة التركيز .

(٤) اليقظة المفرطة .

(٥) استجابة جفون زائدة .

هـ- أن يستمر الإضطراب (أعراض معايير ب ، ج ، د) لمدة تزيد على شهر .

و - أن يسبب الإضطراب معاناة إكلينيكية ملحوظة ، أو اختلال الوظائف الإجتماعية والمهنية وغيرها من مجالات الأداء الأخرى المهمة .

حدد ما إذا كان الإضطراب :

حاداً : إذا كانت مدة ظهور الأعراض تقل عن ثلاثة شهور .

مزمناً : إذا كانت مدة ظهور الأعراض ثلاثة شهور أو أكثر .

حدد ما إذا كانت :

بداية الإضطراب متأخرة : أي إذا بدأت الأعراض بعد مرور ستة أشهر على الأقل على التعرض للصدمة .

(APA. , 2000)

محكات تشخيص إضطراب الضغوط الحاد :

أ - يكون الشخص قد تعرض لحادث صادم وتظهر عليه كل من الآتي :

١ - أن يمر الفرد بخبرة صادمة ، أو شاهد أو واجه حدثاً تضمن الموت أو التهديد بالموت ، أو الإيذاء ، أو تهديد السلامة الجسمية ذاته أو الآخرين .

٢ - تضمن إستجابة الفرد بالخوف الشديد أو العجز أو الرعب .

ب - تظهر لدى الفرد ، إما أثناء وقوع الحادث الضاغط أو عقبه مباشرة ، أربعة على الأقل من الأعراض الآتية :

١ - الذهول (إلى درجة الغيبوبة عن حوله) ويبدو عليه أنه غير واعى عما يدور حوله .

٢ - إدراك البيئة كما لو كانت غير واقعية .

٣ - إختلال الإحساس بالذات ، كما لو كان الفرد يلاحظ نفسه من الخارج (الانفصال عن الذات) .

٤ - الإحساس الذاتى (كما لو كان مخدرا) ويظهر ذلك فى غياب الاستجابة الإنفعالية أو الشعور بالانفصال عن الآخرين .

٥ - فقدان الذاكرة ، أى عدم القدرة على تذكر الأحداث المرتبطة بالخبرة الضاغطة المؤلمة .

ج- يظهر لدى الفرد إما أثناء وقوع الحادث الضاغط الصادم ، أو عقبه مباشرة ثلاثة من الأعراض الآتية (أعراض القلق أو غيره) .

١ - خبرة مرعبة مفاجئة من الخوف أو القلق .

٢ - الاستثارة الإنفعالية الزائدة أو تتضمن صعوبة فى التركيز ، الإنتباه المفرط ، الإستجابة المفاجئة والمبالغ فيها .

٣ - ظهور العديد من الأعراض أو العلامات الجسمية مثل : الرعشة ، سرعة التنفس ، (النهجان) ، سرعة دقات القلب المتوالية ، توتر العضلات ، الإرهاق ، الشعور بالإجهاد والوهن .

٤ - إن تفتح ذكريته الأحداث أو الذكريات المرتبطة بها الصادمة .

٥ - المعاناة من عرض أو أكثر من أعراض اضطرابات النوم .

٦ - سرعة الغضب .

٧ - إثارة نفسية حركية .

٨ - الشعور باليأس وفقدان الأمل .

٩ - الإنطواء الإجتماعى (أو الإنسحاب من الأنشطة الإجتماعية) .

د - يؤدى الإضطراب إلى ضعف واضح أو ضيق ، ويكشف عن نفسه فى المظاهر الآتية :

١ - يتعارض بوضوح مع الأنشطة والمهام الإجتماعية أو المهنية .

٢ - يعوق الفرد عن أمكانية متابعة الواجبات والمسئوليات الضرورية مثل :

الحصول علي المساعدة الطبية ، أو القانونية ، أو حشد إمكاناته الشخصية لكي يبلغ افراد أسرته بالخبرة الصادمة .

هـ يستمر الإنزعاج والتوتر على الأقل لمدة أربع إسابيع (عندما يجب القيام بعملية التشخيص ، ويضاف (هذه الحالة تصنيفا مؤقتا وقبل أن يحرز الفرد الشفاء التام) .

د - هذا الإنزعاج لا يرجع إلى نتائج تناول الشخص لمادة (مادة مخدرة) أو أى إضطرابات نفسية (تناول أدوية نفسية) أو أى أعراض مرضية أخرى .
(APA . 2000)

ملحوظة :

يضيق المقام عن إستعراض محكات التشخيص الخاصة بإضطراب الضغوط التالية للصدمة في الدليل الرابع مقارنة مع الدليلين الثالث 1980 , DSM III والدليل التشخيصي الثالث المراجع 1982 , DSM III R لكن نتيجة للعديد من الملاحظات والدراسات ، ولكي تكون هذه الفئة قريبة مما هو مذكور في التصنيف الدوري العاشر للأمراض الذي تصدره منظمة الصحة العالمية (Icd, 10, 1994) ، فقد تم إدخال العديد من التعديلات ظهرت في الطبعة الرابعة مثال :

- في العبارة التي تصف العنصر الضاغط Stressor في المحك (أ) من الدليل التشخيصي والإحصائي الثالث المعدل ونصها : « خارج مدى الخبرة الإنسانية المعتادة ، قد حذفت لأن صياغتها غير دقيقة وما تثيره من أفكار) قد لا يكون متفق عليها ، وبدلا من هذا المحك السابق فإن المحك (أ - ٢) في الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع يتطلب أن تكون إستجابة الشخص للعنصر الضاغط متضمنة بالضرورة ودرجة عميقة من كل من الخوف Fear والعجز Helplessness ، أو الرعب Horror .

(DSM III , 1980, P. 783)

وغيرها من التعديلات والتي اوردنا منها مثالا للدلالة على هذا المنظور التطوري للفئات التشخيصية ، وإجراء التعديلات بها كلما أثبتت الدراسات والملاحظات ذلك .

الإضطرابات الأخرى التي من الممكن أن تتداخل في فئة إضطراب الضغوط التالية للصدمة :

أوردنا هذا الجزء لبيان أمرين :

الأول : أنه من النادر أن يوجد اضطراب الضغوط التالية للصدمة في حالة (نقاء) أى بمفرده .

الثاني : إن الابحاث والدراسات قد أثبتت تداخل هذا الإضطراب مع غيره من الإضطرابات الأخرى سواء أكانت نفسية أم عقلية أم إضطرابات شخصية أم إنحرافات سلوكية .

— حيث يتداخل هذا الإضطراب مع الفئات التشخيصية الآتية :

أ — الإكتئاب الجسيم Major Depression

ب — إضطرابات الشخصية المضادة للمجتمع Antsocial

ج — إضطراب الوسواس القهرى

د — إضطراب المخاوف المرضية .

هـ — إضطراب القلق العام .

و — الوظائف الجنسية .

ز — وظائف تقدير الذات .

ح — إضطرابات الإدمان على الكحوليات والعقاقير .

ط — إضطرابات سواء التوافق + (حيث الإندفاعية واللجوء إلى سلوك المغامرات غير محسوب العواقب والنتائج) .

(Kllpatric, et . al , 1987)

(Daniels & Scur Field , 1994)

تفسيرات أسباب إضطرابات الضغوط التالية للصدمة :

تعددت التفسيرات التى قدمت لأسباب إضطراب الضغوط التالية للصدمه .
ونستطيع حصر هذه العوامل فى :

أولا : التفسيرات البيولوجية :

تحاول النماذج البيولوجية تفسير ظهور إضطراب الضغوط التالية للصدمة على مستويات مختلفة .

— فقد تم دراسة التأثيرات الفسيولوجية حين يتعرض الفرد لضغط صادم أو قوى ، وتم تفسير ذلك بأن الصدمة تؤدى إلى تغييرات فى نشاط الناقلات العصبية

Neurotransmitter Activity ، والذي يؤدي بدوره إلى مجموعة من النتائج مثل: أعراض فقدان الذاكرة الحادة ، الإستجابات الإنفعالية ذات الشدة والثورات الإنفعالية والغضب والعنف .. وإن مثل هذه الثورات ترتبط بالنشاط الزائد لأفراز الغدة الأدرينالية والمثيرات المرتبطة بالصدمة .

- كما درست كيمياء المخ الحيوية ، والنقص في مستوى الجهاز العصبى المركزى من الأدرينالية وما يترتب على ذلك من إختلالات فى الوظائف مثل : فقدان الشعور بالذلة ، الإحساس بالحذر (الذى يشبه حالة الحذر فى تناول المخدرات) وكذا الاستحاب من الأنشطة الإجتماعية .

- وكذا دراسات التغيرات التى تحدث فى الجهاز العصبى المركزى أو التعرض المفاجئ ، أو المستمر أو الشديد للضغوط الصادمة تقود إلى العديد من النتائج السلبية التى قد تسبب تدمير أو تغيير فى المسار العصبى .

- كذلك دراسات قد تناولت أثر الصدمة على المخ ، وما يترتب على ذلك من حدوث تغيرات تتجلى فى التغيرات التى تحدث فى وظيفة السيروتنين والتى قد ترتبط بفقدان الشعور بالذلة ، أو (الانحباس) فى الخبرة الصادمة والذكريات (المؤلمة) والتى أرتبطت وتفاعلت معها (Crakem, 1999 pp. 340 - 342)

ثانيا : التفسيرات النفسية :

تتعدد المداخل النفسية التى قدمت لتفسير إضطراب ضغوط ما بعد الصدمة أهم هذه النماذج ذلك النموذج التفسيرى الذى قدمه كل من فو وكوزاك Food al Kizak وهو نموذج معرفى سلوكى يتضمن عنصر المعنى Meanly فى الحادث الضاغط ، ويستخدم هذا النموذج مفهوم (تراكيب الخوف الذى وضعه (لانج) Lang حيث يفترض من هذا النموذج السببى إن الإستجابة التى تترتب على خبره الصادمة تضم عناصر ثلاثة هى :

- ١ - معلومات عن موقف المثير الصدمى .
- ٢ - معلومات عن الإستجابات الفسيولوجية والمعرفية والسلوكية التى تترتب على المثير الصدمى .
- ٣ - الرابطة (أو الإقتران الشرطى) ما بين المثير الصدمى والإستجابة المتوقع أن تصدر عن الفرد .

وافترض كل من (فو) و (كوزاك) إن مركب الخوف والذى يضم العديد من

المكونات المرضية والإنفعالية يتضمن أيضا معني الحادث الصدمي على أنه خطر (قد يهدد حياة الشخص أو يصيبه بأضرار لا قبل للفرد يتحملها) ، كما أفترضنا كل من (فو) و (كوزاك) إن اضطرابات القلق (بأنواعها المختلفة) قد تغزو الفرد حين يدرك أنه يتعرض لمثير صدمي غامض أو خطر وأن فكرة (تلاشي الإحساس بالأمان) تزيد من النتائج الضارة .

(Fia. et , 1992)

وهناك نموذج آخر سببي قدمه كل من (كار كالهون ، وباتريشيا ريسك Kateu C al Ptrica. R . وعرضا له بالتفصيل من خلال استراتيجيات تجريبية متنوعة .
(كارين كالهون ، باتريشيا ريسك ، ٢٠٠٢ ، ١١٥ - ٢٢٥)

العلاج :

هناك مجموعة من العلاجات التي قدمت لمضطربي هذا النوع من الإضطرابات منها نموذج العلاج السلوكي Behaviour Therapy . وقد تم التوصل - من خلال الخبرة العلاجية - إلى وجود خمس نماذج وطرق علاجية سلوكية لهذا النوع من الاضطراب هي :

- ١ - العلاج الانفجاري Implisive والغمر المتخيل Imaginal Flooding .
- ٢ - التسكين المنظم Syctematic Desensiti Sation .
- ٣ - الاعادة أو التكرار السلوكي Behavio Ural Rehearsal .
- ٤ - التمرين على التحصين ضد الضغوط Stress Inoculation Taaining .
- ٥ - التعرض العلاجي المباشر .

(أحمد عبد الخالق ١٩٨٨ ، ٢١٤ - ٢١٩)

العلاج بالعقاقير :

حيث عولج إضطراب الضغوط التالية للصدمة والذي يرافقه أعراض إكتئابية ظاهرة عضادات الإكتئاب ، Antidepressants ، ويرتبط إستخدام المركبات ثلاثية العناصر والمهبطات عادة بالتناقص في شدة الأعراض المستديمة وتكرارها ومنها الكوابيس .

(أحمد عبد الخالق ، ١٩٩٨ ، ٢٢١)

والعلاج المعرفي - السلوكي (بشقيه الفردي - الجماعي) :

حيث يشترك مجموعة من الأفراد الذين تعرضوا لتجربة صادمة (سواء

بطريقة فردية أو بطريقة جماعية ، وإستخدام) العديد من الفنيات المعرفية القائمة على فحص الأفكار (اللاعقلانية) التي إرتبطت بالحادث الصادم ومحاولة (وضعها) في إطار واقعي (غير مبالغ فيه) ثم إستبدال ما هو غير واقعي بما هو واقعي .. وغيرها من الفنيات التي تهدف إلى علاج الفرد وإعادة توافقه مع الذات ومع الآخرين حتى يعاود نشاطه المهني والإجتماعي كما كان قبل أن يتعرض للحادث الصادم أو الضاغط .

(Micbelle . Craske, 1999 . 4 . 344)

مسار ومآل إضطراب الضغوط التالية للصدمة :

- ١ - مسار مزمن .
- ٢ - العودة إلى معايشة الصدمة لمدة سنوات .
- ٣ - مآل سيئ إذا كان المريض يعاني من حالة مرضية نفسية قبل تعرضه للحادث الصادم الأخير .

(Kaplan, H. & Sadock, B. , 1996)

مراجع الفصل

- ١ - أحمد عكاشة (١٩٩٨) الطب النفسى المعاصر ، القاهرة ، مكتبة الانجلو المصرية .
- ٢ - أحمد محمد عبد الخالق (١٩٩٤) ، الدراسة التطورية للقلق ، حوليات كلية الآداب ، الكويت ، الحولية الرابعة عشر ، الرسالة التسعوية .
- ٣ - أحمد محمد عبد الخالق (٢٠٠٢) ، الوسواس القهرى - التشخيص والعلاج ، الكويت ، مجلس النشر العلمى ، جامعة الكويت .
- ٤ - أحمد محمد عبد الخالق (١٩٩٨) الصدمة النفسية، مع إشارة خاصة إلى العدوان العراقى على دولة الكويت ، الكويت ، مطبوعات جامعة الكويت .
- ٥ - أحمد محمد عبد الخالق (٢٠٠٥) ، سيكولوجية الموت والإحتضار ، الكويت ، مجلس النشر العلمى .
- ٦ - أمثال هادى ، أحمد عبد الخالق (٢٠٠٢) . مدى فاعلية تمارينات الاسترخاء العضلى فى تخفيض القلق لدى طالبات الثانوى الكويتيات ، القاهرة ، مجلة دراسات نفسية ، المجلد (١٢) ، العدد (٢) ص ص ٢٧٣ - ٢٩٤ .
- ٧ - ب . دى . سيلفا (٢٠٠٠) . فحص الوسواس والأفعال القهرية فى كتاب : مرجع فى علم النفس الإكلينيكي للراشدين ، تحرير س . ليندزاي ، ج . بول . ترجمة صفوت فرج ، القاهرة ، مكتبة الانجلو المصرية ، ص ص ٥٧ - ٨٠ .
- ٨ - تيموثى براون ، تريس أوليرى ، ديفيد بارلو (٢٠٠٢) . اضطراب القلق المعم فى كتاب : مرجع اكلينيكي فى الاضطرابات النفسية - دليل علاجي تفصيلي، أشرف على الترجمة والمراجعة : صفوت فرج ، القاهرة . مكتبة الانجلو المصرية ، ص ص ٣٣٣ - ٤٦٨ .
- ٩ - جمعة سيد يوسف (٢٠٠١) ، النظريات الحديثة فى تفسير الأمراض النفسية ، مراجعة نقدية ، القاهرة ، دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع .
- ١٠ - حسين عبد القادر (١٩٩٣) تعريف مصطلح المخاوف، فى موسوعة علم النفس والتحليل النفسى ، إشراف فرج طه ، القاهرة ، دار سعاد الصباح .
- ١١ - ديفيد شيهان (١٩٨٨) . مرضى القلق ، ترجمة عزت شعلان ، مراجعة أحمد عبد العزيز سلامة ، عالم المعرفة ، الكويت ، العدد (١٢٤) المجلس الوطنى للثقافة والفنون والآداب .

- ١٢ - ديفيد ريجز ، إد نافوا (٢٠٠٢) . إضطراب الوسواس القهري فى كتاب : مرجع اكلينيكي فى الإضطرابات النفسية - دليل علاجى تفصيلى ، إشراف على الترجمة والمراجع : صفوت فرج ، القاهرة ، مكتبة الانجلو المصرية . ص ص ٤٦٩ - ٥٧٦
- ١٣ - رأفت عسكر (١٩٩٠) . مدى فاعلية اختبار تفهم الموضوع فى الكشف عن المؤشرات الاوڤيية لدى المصابين بالمخاوف المرضية - دراسة إكلينيكية ، ماجستير غير منشور ، آداب الزقازيق .
- ١٤ - عبد الستار إبراهيم (١٩٩٨) العلاج النفسى السلوكى المعرفى الحديث إساليبه وميادين تطبيقه ، القاهرة ، غير مبين مكان النشر ، الطبعة الثانية .
- ١٥ - عبد الستار إبراهيم ، عبد العزيز الدخيل ، رضوى إبراهيم (١٩٩٣) . العلاج السلوكى للطفل - أساسية ونماذج من حالاته ، عالم المعرفة ، الكويت ، العدد (١٨٠) ، المجلس الوطنى للثقافة والفنون والآداب .
- ١٦ - كارين كالهون ، باتريشيا ريسك (٢٠٠٢) . إضطراب منغوط ما بعد الصدمة ، ترجمة : مصطفى أحمد تركى فى كتاب : مرجع اكلينيكي فى الإضطرابات النفسية دليل علاجى تفصيلى ، إشراف على الترجمة والمراجعة : صفوت فرج ، القاهرة ، مكتبة الانجلو المصرية ، ص ص ٢٢٧ - ٣٣٢ .
- ١٧ - لويس مليكة (١٩٩٠) . العلاج السلوكى وتعديل السلوكى ، الكويت ، دار القلم .
- ١٨ - محمد حسن غانم (٢٠٠٤) إتجاهات حديثة فى العلاج النفسى ، القاهرة ، جامعة حلوان .
- ١٩ - محمد حسن غانم (٢٠٠١) حياتك بلاخوف ، كتاب اليوم الطبى ، القاهرة ، مؤسسة أخبار اليوم .
- ٢٠ - محمد حسن غانم (٢٠٠٥) ، مقدمة فى علم النفس المرضى ، الإسكندرية ، المكتبة المصرية .
- ٢١ - مايكل كراسك ، ديفيد بارلو (٢٠٠٢) . إضطراب الهلع ومخاوف الأماكن المفتوحة ، ترجمة صفوت فرج فى كتاب : مرجع اكلينيكي فى الإضطرابات النفسية - دليل علاجى تفصيلى ، إشراف على الترجمة والمراجعة : صفوت فرج ، القاهرة ، مكتبة الانجلو المصرية . ص ص ١ - ١١٢ .
- ٢٢ - منظمة الصحة العالمية (١٩٩٩) ، للمراجعة العاشرة للتصنيف الدولى للأمراض 10 : ICD ، تصنيف الإضطرابات النفسية والسلوكية ، النسخة العربية ، الأوصاف السريرية والدلائل الإرشادية التخصصية ، القاهرة ، المركز

الإقليمي المتوسط .

- ٢٣ - وائل أبو هندی (٢٠٠٣) ، الوسواس القهري من منظور عربي - إسلامي ، عالم المعرفة ، الكويت العدد ٢٩٣ . المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب .
- 24 - American Psychiatric Association (1994) . **Diagnostic and Statistical Manual of mental Disorders**, 4 th. ed. washington. D.C
- 25 - American Psychiatric association (2000). **Diagnstic and statistical manual Review of mental Disor Drrs**, washington. D.C.
- 26 - Craske . M. (1999) . **Anxiety Disorders Psycholog cal Approaches to theory and Treatment**, lo ndon, Westview Press.
- 27 - Davsoston, G. & nealej . (1994) . **Abnormal psychology** , 6 thed., new york, Johnwiley & sons lmc.
- 28 - Daniels, L. & scur Field, R. (1994) **war - related thaumatic Stress disorder chemical addictions and - non - chemical habituating Lehaviors** im M. B. williams & J. F. sommer, J. (EdS.) **Hand book of post-traumatic therapy**, london : Green wood press., P P. 205 - 217
- 29 - Foa, E. & char Mbless. D., (1982) . **Habituation of subjective mxiety during Flooding in imagery**. **Behaviour Research** . vol(45) PP. 177 - 185.
- 30 - KA plan. , Sadock. B. (1996). **pocket Hand book of clinicsal psychiatry**, london , williams & wilkin, 2 ed.
- 31 - Kendler, K. , neale. M. , Kessler, R. , Heath, A op Eaves,l. (1992) **Generalis2ed anxiety disorder in women : Apopulation - basod twin st udy**. **Archiver of General psychiatry**, vol (40) , PP. 267 - 277.
- 32 - Karon. M., Golding. J. , Soresen,s & Bulnam, A.(1988) **the pidemiology of OCD lni Five U.S. communitier** . **Archiver OFG General psy chiatry**, vol (45) . PP. 1094 - 1099 .

- 33 - Kilpatrick K.D. (1987) Rape Victims : Detection assessment and Treatment. *clinical psychologist* , vol (36) . PP. 92-95 .
- 34 - Kessler, R., McGonagle, K. S., Nelson, C. B., Hughes, M. E., et al (1994) . Lifetime and 12 - Month prevalence of DSM - III R. psychiatric disorder in the United States . *Archives of General Psychiatry*, 51, PP. 8 - 19.
- 35 - Kyrios, M., Bryant, T., & Rapee, R. (1996) . The assessment of obsessive - compulsive phenomena: psychometric and normative data on the Padua Inventory from an Australian non - clinical student sample. *Behavior Research and Therapy*, Vol (34) PP. 85 - 95 .
- 36 - Kaplan, H., & Sadock, B. (1991) . *Synopsis of Psychiatry : Behavioral Science Clinical Psychiatry*. Baltimore : Williams and Wilkins, 6th . ed. Karren, L., & Syrjala, R. (1999) : *Cancer Pain : Psychological Factors in Pain , Critical Perspectives* . New York : Wiley
- 37 - Mitchell, J. , & Everly, G. (1995) . *Critical Incident Stress Debriefing : An Operations Manual for the Prevention of Traumatic Stress among Emergency Service and Disaster Workers*. Ellicott City. *Chevron Publishing Corporation*, 2nd ed.
- 35 - Mayers, J., Weissman, M., Tischler, G. L., Orvaschel, H., and et al (1989) . Six-month prevalence of psychiatric disorder in three communities *Archives of General Psychiatry*, Vol (41) PP. 959 - 962 .
- 36 - Weissman, M. (1985) *The Epidemiology of Anxiety Disorders : Rates , Risks, and Familial Patterns* in A.H. Tuma and J.D. Maser (Eds) , *Anxiety and the Anxiety Disorders*. Hillsdale, NJ : Erlbaum .
- 37 - World Health Organization (1992) . *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders, Clinical Description and Diagnostic Guidelines*, Geneva.

الفصل الثالث

إضطرابات الوجدان

محتوي الفصل

- مدى انتشار الإضطرابات الوجدانية
- حقائق عن الإضطرابات الوجدانية.
- تعريف الإضطرابات الوجدانية.
- أ - تعريف علم النفس.
- ب - تعريف الطب النفسي.
- تصنيف الإضطرابات الوجدانية.
- أولاً : الإكتئاب الجسيم وأنواعه ومحكات تشخيصه.
- ثانياً : إضطراب عسر المزاج.
- ثالثاً : إضطراب الهوس ، تعريفه - كيفية تشخيصه وأنواعه.
- رابعاً : إضطرابات ازدواج القطبية ، الأنواع - محكات التشخيص.
- أسباب الإضطرابات الوجدانية.
- أولاً : أسباب بيولوجية.
- ثانياً : أسباب نفسية - اجتماعية.
- علاج الإضطرابات الوجدانية.
- مآل الإضطرابات الوجدانية.

إضطرابات الوجدان أو المزاج

Mood Disorders

مدي إنتشار الإضطرابات الوجدانية :

تعد إضطرابات الوجدان (المزاجية أو الأنفعالية) من أكثر الإضطرابات شيوعاً، وهى مسئولة عن كثير من المعاناة والآلام النفسية . ويكفى القول إن ٥٠ - ٧٠ ٪ من محاولات الانتحار الناجحة بين المجموع العام سببها الإكتئاب . ومن العسير تحديد نسبة إنتشار هذا المرض نظراً لأن الحالات البسيطة تشفى تلقائياً ولا تتردد على الأطباء .

وعلى سبيل المثال تقدر منظمة الصحة العالمية فى دراستها المسحية للإكتئاب فى العالم : إن هناك ما لا يقل عن (١٠٠) مائة مليون شخص يعانون من الإكتئاب وفى مناطق متعددة من العالم . وإن هذا العدد من المصابين بالإكتئاب يؤثر فيما لا يقل عن ثلاثة أضعاف هذا العدد فى الآخرين الذين يتعاملون أو يتواجدون معهم .
(Sartorius, 1993 , PP : 47 - 155)

كما أن هذه الإضطرابات تنتشر بصورة كبيرة فى عالمنا العربى . فعلى سبيل المثال وجد أحمد عكاشة : إن نسبة الإضطرابات الوجدانية (خاصة الإضطرابات الإكتئابية) اقتربت كثيراً بين الريف والحضر وتلاشى الاختلاف . حيث وجد نسبة الأعراض الإكتئابية بين مجموع الشعب فى مجموعة ريفية حوالى ٣٦ ٪ مقارنة مع مجموعة من الحضر حوالى ٣٢ ٪ . أما الإضطرابات الوجدانية فتراوحت بين ٤ - ٧ ٪ من هذه العينة . (أحمد عكاشة . ١٩٩٨ ، ٣٦٢)

وقد وجد عبد الستار إبراهيم إنتشار العديد من مظاهر الإضطرابات الإكتئابية بين أعداد كبيرة من الطلاب فى إحدى الجامعات السعودية بما فى ذلك : الميل إلى لوم الذات (٦٤ ٪) ، والشعور بالعجز (٥٢ ٪) ، فقدان الشهية (٩٤ ٪) ، إضطرابات النوم (٨٣ ٪) . وبالمثل فقد عبر أفراد كثيرون من نفس العينة عن أعراض أخرى ذات متضمنات مرضية منها : العجز عن التركيز (٥٤ ٪) ، الخجل الشديد (٥٣ ٪) ، التشنج عندما تثور أعصابهم (٤٢ ٪) والصعوبات الدراسية (٣٣ ٪) وغيرها من الأعراض .

(عبد الستار إبراهيم ، ١٩٩٨ ، ٣٧)

كما أن التقارير الطبية والكلينيكية تؤكد إنتشار هذه الاضطرابات فى كثير من دول العالم (بغض النظر عن محك التقدم من عدمه) . فقد وجد أحمد عكاشة إن نسبة الاضطرابات الوجدانية بين مرضى النفوس فى مصر تصل إلى ٢٤ر٥ ٪ موزعة كالآتي :

١٩ر٧ ٪ إكتئاب تفاعلى على اعسر المزاج .

٨ر٦ ٪ ذهاب المرح الإكتئابى (اضطراب وجدانى ثنائى القطب) .

٥ر٢ ٪ إكتئاب سن اليأس (نوبة إكتئابية متأخرة) .

(أحمد عكاشة ١٩٩٨ ، ٣٦٢)

حقائق عن الاضطرابات الوجدانية :

١ - لوحظ أن هذه الاضطرابات يزيد إنتشارها بين الطبقات المثقفة مقارنة بالطبقات التى لايسود فيها الثقافة .

٢ - لوحظ أن هذه الاضطرابات يزيد إنتشارها بين الطبقات العليا وذات المستوى الإقتصادى - الإجتماعى المرتفع عكس الحال فى الطبقات الدنيا التى يسود فيها (اضطراب الفصام) .

٣ - تتزايد نسبة الاضطرابات الوجدانية بين النساء أكثر من الرجال وتصل النسبة إلى ٣ : ٢ ويؤول ذلك بأن النساء يقبلن العلاج النفسى أكثر من الرجال .

٤ - وجدت العديد من الدراسات إن حوالى ٣/٤ من مرضى الذهان الوجدانى يتميزون بالشخصية النوابية قبل المرض (التى تتميز بسمات نفسية / وجدانية ، وجسمية ، حيث يميل الجسم إلى البدانة مع غلظ وقصر الرقبة ودوران الوجه وكبر البطن مع أطراف ضعيفة إلى حد ما .

٥ - يرى البعض إن الشخصية النوابية ما هى إلا محك من خلاله يمكن الإرتكاز إلى حقيقة إحتمال (إصابة الفرد بالاضطراب الوجدانى ثنائى القطب .

٦ - يتنبأ الكثيرون من العلماء بزيادة هذه الاضطرابات مستقبلا نظرا للعديد من العوامل الإجتماعية والإقتصادية والتى تقود بدورها إلى زيادة الضغوط ، واضطراب القيم والتى تنعكس بلاشك على نفسية الفرد فتصيبه بهذا الاضطراب .

(Kaplan, H. & Sadock, B, 1996)

٧ - إن الاضطرابات الوجدانية تنتشر بدرجة تفوق إنتشار الاضطرابات

العقلية والعنوية.

٨ - رغم كما ما سبق لا يوجد أحصاء دقيق لعدد المصابين بالإضطرابات الوجدانية للأسباب الآتية :

أ - إن هذه الفئة قد لا تقدم على دخول المستشفيات ونادرا ما تتقدم طالبة للعلاج النفسى .

ب - إن نسبة كبيرة قد تعاني من إضطرابات جسدية أما عضوية خالصة كمرض مزمن ، وإما مرض سيكوسوماتية ، وفى كلا الحالتين يصاحبها الإضطرابات الوجدانية .ج - إن الإضطرابات الوجدانية تزامن وترافق ، الكثير من الإضطرابات العقلية .

د - إنخفاض الوعى الثقافى النفسى والطبى وبالتالى لا تتجه الحالات الوجدانية للعلاج إلا فى حالات نادرة .

هـ - فى بعض الإضطرابات الوجدانية - وفى الغالب - لا يحدث تفكك للشخصية ويتحمل المريض المسؤولية كاملة عن تصرفاته .

(آمال عبد السميع باظة ، ١٩٩٧ ، ٢٠٦)

تعريف الإضطرابات الوجدانية :

أ - تعريف علم النفس للإضطرابات الوجدانية :

يقصد به عدم مناسبة الإنفعال - سواء من حيث شدته أو من حيث نوعه - للموقف الذى يعايشه الفرد ، وعلى هذا فسوف نجد العديد من الإضطرابات الإنفعالية منها الإضطراب الهوسى وفيه يبدو الشخص مرحا ، متفائلا ، سعيدا ، مرتفع الروح المعنوية ... وهناك الإضطراب المناقض الذى يعرف بحالة الإكتئاب وفيه يبدو الشخص حزينا ، مهموما ، متشائما يائسا من الحياة ... وقد تتناوب الحالتان السابقتان على نفس الشخص فيبدأ بنوبة من الهوس تعقبها نوبة أخرى من الإكتئاب مباشرة ، أو قد تفصل بين النوبتين فترة من الشفاء ، أو قد يبدأ بنوبة من الإكتئاب تليها نوبة من الهوس وهكذا .

كما أن هناك عرضا آخر من إضطرابات الوجدان يتمثل فى : عدم الإستقرار الإنفعالى Emotional Instability ، ويتمثل فى ضعف سيطرة الشخص على إنفعالاته بحيث يستثيرها أضعف المثيرات . كذلك تعد البلاده الإنفعالية Emotional Hebetude نوعا من الإضطرابات الوجدانية ، حيث تبدو إنفعالات الشخص متبلدة

ازاء ما يسمع أو يرى من أحداث .

(فرج عبد القادر طه ، ١٩٧٩ ، ٧١ - ٧٢)

ب - تعريف الطب النفسي :

يعرف اضطراب الوجدان بأنه نبذة إنفعالية مهيطرة تمتد من الحزن إلى الإنتعاش وما بينهما من درجات متفاوتة من الإنفعال ، وتتصف اضطرابات الوجدان بظهور مشاعر إكتئاب أو إنتعاش غير سوية تصحبها سمات ذهانية في بعض الحالات الشديدة . وتنقسم إلى اضطرابات مزدوجة القطبية (Dipolar) وأخرى إكتئابية .
(Kaplan, H. & Sadock. 1991)

تصنيف الاضطرابات الوجدانية :

وتصنف إلى الاضطرابات التالية :

أولاً - اضطراب الإكتئاب الجسيم : Major depressive Disvdem

وهناك العدد من المعايير والمحكات التي يمكن الاستناد إليها في التشخيص :

أ - معايير تشخيص نوبة الإكتئاب الجسيم وفق الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع :

- ومن هذه الأعراض :

١ - وجدان مكتئب طوال معظم ساعات اليوم (كما يؤكد ذلك المريض ، أو الأشخاص المحيطين به) .

٢ - إنخفاض ملحوظ في الإهتمامات والشعور باللذة في كافة الأنشطة أو معظمها في أغلب الأيام .

٣ - إنخفاض في الوزن بصورة كبيرة رغم عدم إتباعه نظام (ريجيم) خاص ، أو حدوث إزدياد في الوزن على أن تتجاوز الزيادة نسبة ٥ ٪ من وزن الجسم في الشهر الواحد .

٤ - الأرق أو فرط النوم (المعاناة من صورة أو أكثر من صورة اضطرابات النوم) .

٥ - البطء الحركي أو الإفراط الحركي يوميا وعلى وجه التقريب .

٦ - سرعة الشعور بالإجهاد ، وضعف النشاط يوميا .

٧ - الشعور بالدونية ، أو فرط الشعور بالذنب دون مبرر كاف (قد يرقى إلى

مستوى الضلاله) وذلك بصورة يومية .

٨ - ضعف القدرة على التركيز والتفكير ، ووجود صعوبات فى إتخاذ قرارات يومية .

٩ - كثرة فى الأفكار المرتبطة بالموت وما بعده ، ووجود أفكار إنتحارية متكررة ، دون خطة محددة ، أو محاولة الإنتحار ، أو التخطيط للإنتحار .

ملاحظات :

أ - لكى نشخص نوبة الإكتئاب الجسيم لابد من توافر خمسة أعراض (أو أكثر) من الأعراض السابقة .

ب - أن يعانى الشخص من هذه الأعراض لمدة إسبوعين متصلين .

ج- أن نلاحظ وجود تغييرات فى قدرة المريض (مقارنة بالسابق)

د - يشترط الا تنطبق على الأعراض معايير نوبات الوجدان المختلطة .

هـ - يشترط أن تؤدى الأعراض إلى معاناة ظاهرة ، أو تعطل فى الوظائف الإجتماعية أو المرضية أو غيرها من المجالات المهمة الأخرى .

و - يشترط أن لا تكون الأعراض نتيجة فسيولوجية مباشرة لتعاطى مادة مخدرة أو دواء ، أو نتيجة مرض جسمى عام (مثل نقص إفراز الغدة الدرقية) .

ز - الا تنطبق على الأعراض معايير الفجيرة bereavement أى الحزن الناتج عن وفاة شخص محبوب وقريب من نفس الشخص .
(APA , 2000)

ب - بيانات تستند إلى تاريخ الحالة :

إذ لابد من توافر الأعراض الآتية :

١ - العجز عن الإحساس باللذة Anhedonia

٢ - الإنطواء أو الانسحاب تدريجيا من محيط الأسرة والأصدقاء .

٣ - معاناة الشخص من العلامات والأعراض الجسدية الآتية :

أ - فقدان الرغبة الجنسية .

ب - فقدان الشهية للطعام وبالتالى انخفاض الوزن .

ج- زيادة الوزن الناتج عن الشره للطعام .

د - إنخفاض فى مستوى النشاط .

هـ- سرعة الشعور بالإجهاد .

- و - اضطرابات الدورة الشهرية (لدى السيدات) .
- ز - المعاناة من اضطراب أو أكثر من اضطرابات النوم . ويعد الإستيقاظ المبكر من النوم (أرق نهاية الليل) القاسم المشترك لدى مرضى الإكتئاب حيث يعاني حوالي ٧٥٪ من مرضى الإكتئاب من أرق النوم أو فرط النوم .
- ح - الإمساك .
- ط - الصداع المستمر (دون سبب عضوى واضح) .
- ٤ - إن الفحص النفسى لمرضى الإكتئاب يوقفنا على وجود العناصر التالية :
- أ - السلوك والمظهر العام للمريض : ويتضح من خلال العلامات الآتية :
- البطء النفسى الحركى أو الفوران (الإفراط) النفسى الحركى .
- تجنب النظر فى وجه المعالج (أو الآخرين الذين يتحدثون معه) .
- سرعة البكاء .
- إنكسار الخاطر .
- عدم الإهتمام بالمظهر الشخصى الخارجى .
- ب - الإنفعال : حيث نلاحظ أن الشخص :
- مكتئب .
- عصبى .
- سريع الشعور بالإحباط .
- تنتابه حالة مستمرة من الحزن (دون إرتباط ذلك بأحداث خارجية) .
- ج - الكلام : حيث نجد الآتى :
- قليل
- يندر أن يصدر تلقائيا .
- مقتضب .
- فترات طويلة من الصمت .
- نبراته خافتة وناعمة ورتيبة .
- د - محتوى التفكير : حيث نلاحظ الآتى (إيان الفحص النفسى) :
- وجود قدر كبير من الأفكار الإنتحارية حيث تنتاب هذه الأفكار ما يقارب ٦٠٪ من مرضى الإكتئاب .

- يقدم ١٥ ٪ من مرضى الإكتئاب على الإنتحار .
- الاجترار الوسواسي .
- تغلغل مشاعر اليأس
- تغلغل مشاعر الدونية .
- سيطرة الشعور بالذنب .
- إنشغال دائم ومستمر ومكثف بأمكانية حدوث إضطرابات وتوقف في وظائف الجسم .
- فقر وضحالة في محتوى التفكير .
- وجود هلاوس وضلالات تدور في الغالب حول محاور العدمية ، والفقر ، والشعور بالذنب .

هـ الوظائف المعرفية : حيث نجد :

- تشتت الإنتباه .
- صعوبة في التركيز .
- شكوى مستمرة من ضعف الذاكرة .
- فقر في القدرة على التجريد .
- فقدان الإستبصار .
- ضآلة في الحكم على الأمور .
- و- علامات ترتبط بفئات العمر : حيث وجدت العديد من الدراسات والملاحظات الكلينيكية وجود أعراض وعلامات معينة تميز فئات الإكتئاب وفقا للفئة العمرية التي ينتمي إليها الشخص .

أ - إبان مرحلة الطفولة : حيث نجد العلامات الآتية :

- تسود الشكاوى الجسدية .
- الإفراط الحركي .
- الهلاوس السمعية ذات الصوت الواحد .
- المعاناة من مظهر أو أكثر من علامات القلق .
- المعاناه من مظهر أو أكثر من علامات المخاوف المرضية .
- ب - إبان مرحلة المراهقة : حيث نجد العلامات الآتية :

- سوء إستخدام المواد المخدرة .
- الهروب من المدرسة .
- العريده الجنسية .
- الحساسية المفرطة - المرضية لأي إنتقادات من جانب الآخرين السلوكية .
- عدم الاستقرار .
- القيام بسلوك أو أكثر من السلوكيات المضادة لقيم وعادات وتقاليده المجتمع .
- متاعب دراسية (أو مهنية) .
- عدم مراعاة شروط وأصول النظافة الشخصية .
- ج - إيان مرحلة الشيخوخة : حيث نجد العلامات التالية :
 - فقدان الذاكرة .
 - اضطراب الوعي .
 - الخرف الكاذب أو خرف الإكتئاب .
 - تبدل الإنفعال إزاء الأحداث الخارجية .
 - فرط تشتت الإنتباه .
- د - علامات أخرى يمكن من خلالها تشخيص نوبة الإكتئاب الجسيم :
 - يصيب هذا المرض النساء أكثر من الذكور .
 - تؤدي العوامل المرسبة إلى المرض في ٢٥ ٪ من الحالات .
 - يتصف بتقلب الأعراض النهارى حيث تصبح أكثر سوءا فى أوقات الصباح المبكر.
 - ظهور البطء أو الفوران النفسى الحركى تصحبه أعراض جسيمة وضلالات متوافقة مع الوجدان .
 - يصيب الأشخاص لأول مرة فى سن الأربعين (وإن كان ظهوره فى أية سن وارادا) .
 - تلعب العوامل الوراثية دورا فى حدوثه .
- تصنيف الإكتئاب الجسيم : ويصنف إلى الفئات الآتية :
 - أ - الإكتئاب المصحوب بسمات سوناوية Melancholic وبشخص - وفقا للدليل التشخيصى والإحصائى الرابع كالاتى :

- ١ - شعور شديد بالذنب ليس له مبرر كاف .
- ٢ - فقدان الشهية ونقص الوزن الشديد .
- ٣ - بطء حركى أو فرط حركى .
- ٤ - الإستيقاظ فى ساعات مبكرة من الصباح (أى قبل موعد إستيقاظه المعتاد بساعتين على الأقل) .
- ٥ - يزداد الإكتئاب سوءا فى الصباح وبصورة منتظمة .
- ٦ - وجود علامة أو أكثر من العلامات التى تميز الوجدان المكتئب .

ملاحظات :

- لابد من توافر ثلاثة وأكثر من الأعراض السابقة حتى يمكن التشخيص .
- ظهور عرض من العرضين التاليين عند ظهورهما أثناء أكثر فترات النوبة الحالية شدة :

- أ - فقدان الاحساس باللذة تجاه كافة الأنشطة أو معظمها .
- ب - فقدان القدرة على الإستجابة للمؤثرات الممتعة فى العادة ، أى أن الشخص لم يعد يستمتع بالأحداث السارة (كما كان العهد به فى الماضى) .
- ب - نوبة الإكتئاب الجسيم المزمنة : وتتصف بالآتى :
 - تستمر لمدة تزيد على السنتين علي الأقل .
 - أكثر حدوثا لدى الذكور من المسنين .
 - تصيب أكثر الأشخاص الذين يسيئون استخدام المخدرات أو الكحوليات .
 - تكون الإستجابة للعلاج ضعيفة .
 - تبلغ نسبته من ١٠ إلى ١٥ ٪ من جميع حالات الإكتئاب الجسيم .
 - قد تحدث فى سياق نوبات الإضطرابات المزوجة القطبية من النوع الأول ومن النوع الثانى .

ج - الإكتئاب الموسمى : Seasonal Depression ويتصف بالآتى :

- يصيب الأشخاص مع قصر ضوء النهار فى فصلى الشتاء والخريف .
- يختفى هذا النوع من الإكتئاب فى فصلى : الربيع والصيف .
- يتصف المصاب به بفرط النوم والأفراط فى التهام الطعام ، والبطء النفسى

الحركى .

ويثير الإكتئاب الموسمى العديد من القضايا :

أ - قضية الإسباب : وقد ذكر فى هذا الصدد رأيين :

الأول : إن الإصابة به لها علاقة بتمثيل مادة الميلاتونين التى تفرزها الغدة الصنوبرية .

الثانى : إن تعرض المريض للضوء يمنع الإصابة بهذا المرض ولذا نجد العديد من الشركات الأمريكية تعرض للبيع أجهزة تشتمل على لوحات كهربائية ، تصدر أضواء وأشعة ضوئية مماثلة للشمس . إلا أن نتائج هذه المحاولات العلاجية غير مؤكده تماما .

ب - إن قضية التفسير بأشعة الشمس أثارت تساؤل مؤداه : إذا كان هذا الأمر يحدث فى الدول الأوروبية فماذا عن الدول التى تتعرض لدرجة وفيرة من أشعة الشمس كالدول الأفريقية والشرقية ؟

وقد طرح هذا التساؤل على مجموعة من الطلاب فأكدوا أن البهجة تنتابهم حين تغرب الشمس .

(عبد الستار إبراهيم ، ١٩٩٨ ، ٢٠)

ج يطرح أيضا عبد الستار إبراهيم ملاحظة مؤداها أنه لاحظ أن نوبات الإكتئاب تزيد فى موسمى الكريسماس وعيد رأس السنة ، على الأخذ فى الاعتبار أن هذين العيدين يحلان فى الشتاء فهل لذلك صلة بانتشار الإكتئاب الموسمى فى تلك الفترات من السنة ؟

(عبد الستار إبراهيم ، ١٩٩٨ ، ٢٠٢)

د - إكتئاب النفاس : ويتصف بالآتى :

- يصيب النساء اللاتى سبقت إصابتهن بإضطراب وجدانى أو إضطراب نفسى آخر فى معظم الاحيان .

- تظهر نوبات الإكتئاب شديدة أثناء الأسبوع الرابع من الولادة .

- تشمل أعراض هذا النوع من الإكتئاب العلامات الآتية :

الأرق ، عدم الثبات الإنفعالى ، شعوره بالانهاك لاقل مجهود ، التفكير فى الإنتحار .

- قد تنتاب الأم معتقدات ضلالية تدور حول مقتل وليدها (الامر الذى يقتضى إتخاذ العديد من التدابير لحماية للطفل من الأم) .

- قد تظهر خلال حالات النفاس : نوبات من الهوس ، ونوبات مختلطة (هوس - إكتئاب) ، واضطراب ذهاني مختصر .

هـ - الإكتئاب اللانمطى السمات :

ويتصف بالآتى :

- زيادة الوزن - كثرة النوم .

- يصيب النساء أكثر من الرجال .

- قد يظهر فى سياق الإصابة بإضطرابات القطبية المزدوجة من النوع الأول والثانى . وأثناء الإصابة بعسر المزاج .

ز - إكتئاب الطفولة : ويتصف بالآتى :

- تنطبق عليه نفس علامات وأعراض أكتئاب الراشدين .

- قد يظهر بصورة مقنعة ومن خلال قيام الطفل بالسلوكيات الآتية :

١ - هروب الطفل من المنزل .

٢ - عدم الانتظام فى الدراسة .

٣ - معاناته من خواف (رهاب) مرضى من المدرسة

٤ - سوء إستخدام المواد المخدرة (خاصة المواد المتطايره والتي وجدت العديد من الدراسات إنتشارها بنسبة كبيرة لدى الأطفال والمراهقين)

٥ - قد يقدم الطفل على الإنتحار .

د - الإكتئاب المزدوج :

- تبلغ نسبة المصابين بهذا المرض ما بين ١٠ إلى ١٥ ٪ .

- يطلق على مرضى اضطراب عسر المزاج الذين يصابون بالإكتئاب الجسيم بالإضافة إلى مرضهم الأصلي .

ز - الخرف الكاذب :

- هذا المرض يصيب المسنين فى العادة .

- يحدث بصورة أكثر بين المرضى الذين سبق لهم الإصابة بإضطراب

وجدانى .

- يطلق على حالات الإكتئاب التى تتبدى من خلال أعراض تشبه الخرف .
- يسبق ظهور هذا المرض معاناة الشخص من قصور معرفى .
- يستجيب الخرف الكاذب للعلاج من خلال محورين :
 - أ - الصدمات الكهربائية .
 - ب - مضادات الإكتئاب .
 - ج - فئة لإكتئاب الذى لم يسبق تخصيصه :
- يطلق على السمات الإكتئابيه التى لا تنطبق عليها معايير إضطراب وجدانى محدد مثل :

- * إضطراب الإكتئاب الخفيف .
- * إضطراب الإكتئاب المختصر والمتكرر .
- * إضطراب سوء المزاج السابق على حدوث الدورة الشهرية .
- تلك كانت أنواع الإكتئاب الجسيم .. وهى كما نرى متعددة ، وحفافان الإكتئاب يرتدى أثوابا متعددة ومتنوعة ويصيب كل الأشخاص ومن جميع الفئات والأعمار .

ثانيا : إضطراب عسر المزاج : Dysthymic Disorder

ويتصف بالآتى :

- أقل شدة من الإكتئاب الجسيم .
- أكثر إنتشارا وإزمانا لدى الإناث مقارنة بالذكور .
- تكون بدايته متدرجة .
- يصيب الأشخاص الذين سبق لهم التعرض للضغوط النفسية ولفترات طويلة ، أو تعرضوا لخسائر مالية مفاجئة ، أو خسروا أشخاص كانوا يرتبطون بهم بالموت أو الحوادث .

- قد يتزامن مع إضطرابات نفسية أخرى مثل :

- أ - تعاطى المخدرات .
- ب - معاناة الشخص من إضطراب أو أكثر من إضطرابات الشخصية .

- جـ - معاناة الشخص من مرض الوسواس القهرى .
 تزداد الأعراض سوءاً فى نهاية اليوم .
 - يبدأ الإصابة بهذا المرض - فى الغالب - فى سن العشرينيات أو الثلاثينيات من عمر الفرد . (إلا إنه يوجد نوع مبكر يبدأ قبل سن الواحدة والعشرين) .
 - أكثر إنتشاراً بين أقارب الدرجة الأولى لمرضى الإكتئاب الجسيم .
 - لكى يتم تشخيص الفرد بهذا الاضطراب لابد من توافر اثنين من الأعراض التالية على الأقل:

- ١ - ضعف الشهية أو الإفراط فى تناول الطعام .
- ٢ - مشكلات النوم .
- ٣ - سرعة التعب والإرهاك .
- ٤ - إنحطاط فى تقدير الذات .
- ٥ - المعاناه من ضعف التركيز .
- ٦ - التردد وعدم القدرة على إتخاذ القرارات .
- ٧ - المعاناة من مشاعر اليأس وتفشيها داخل نفس الشخص .

ثالثاً : الهوس : Mania

ويعرف الهوس - فى موسوعة علم النفس والتحليل النفسى - بأنه - شأنه شأن الإكتئاب - حالة مرضية تبدو أوضح ما تكون فى الجانب الإنفعالى للشخص ، والشخص فى حالة الهوس يكون مناقضاً تماماً لحالة الإكتئاب حيث نجده مملوء بالنشاط والإنشراح والسرور والبهجة والرضا عن النفس ويكون نشاطه الحركى والفكرى سريعاً ومستعجلاً .. وكثيراً ما يتعرض المهوس للهلاوس والأفكار الهذائية التى توحى بامتيازهِ وبِعَظَمَتِهِ وتساند حاله الإنشراح والإنبساط التى تميز إنفعالاته وتنعكس على تصرفاته . ويرى التحليل النفسى إن حالة الهوس هى رد فعل لمعاناة الشخص من حالة إكتئاب أعمق يعانى منها .

وتقسم الموسوعة الهوس إلى الأنواع الآتية :

- هوس الإغتسال Ablutomania
- هوس التدين Religious Mania
- هوس الشراء Plutomania

Logorrhea	- هوس الثثرة
Erotomania	- هوس جنسى
Kleptomania	- هوس السرقة
Mythomania	- هوس الكذب
Narcomania	- هوس المخدرات
Dancing Mania	- هوس الرقص

(فرج طه وآخرون ١٩٩٣ ، ٨٢٩ - ٨٣٣)

إلا أن كتب الطب النفسى تصنف فى الغالب الهوس إلى الأنواع الثلاث الآتية :

أ - هوس خفيف Hypomania

ب - هوس بدون أعراض ذهانية Mania Without Pschdotic Symptoms

ج - هوس مع أعراض ذهانية Mania With Psychotic Symptoms

(أحمد عكاشة ، ١٩٩٨ ، ٣٤٣ - ٣٤٦)

وهناك عدة معايير يتم من خلالها تشخيص نوبة الهوس :

أ - تشخيص الهوس وفقا للدليل التشخيصى والإحصائى الرابع :

حيث نجد الأعراض والعلامات الآتية :

١ - تضخم صورة الذات (إعتقاد العظمة) .

٢ - إنخفاض الشعور بالحاجة إلى النوم (حيث من الممكن أن ينام الشخص

فقط من ساعتين إلى ثلاث ساعات ويشعر بالراحة والنشاط)

٣ - عدم ترابط الأفكار والانتقال من موضوع إلى آخر .

٤ - سرعة فى تشتت الانتباه .

٥ - زيادة الإنغماس والإنهماك فى الأنشطة التى تجلب له اللذة والنشوة .

٦ - غزارة وثرأء فى الكلام بصورة تفوق سلوكه المعتاد .

٧ - زيادة فى ممارسة الأنشطة : الإجتماعية - المهنية - الأكاديمية -

الجنسية ... الخ .

ملاحظات هامة :

أ - لابد من توافر ثلاث أعراض أو أكثر من الأعراض السابقة حتى يمكن

التشخيص .

ب - أو وجود أربعة أعراض (على الأقل) إذا كانت العصبية هي الإنفعال السائد .

ج - لا تنطبق على الأعراض معايير تشخيص النوبات المختلطة .

د - إن تقود شدة اضطراب الوجدان إلى إختلال الوظائف المهنية أو العلاقات والأنشطة الإجتماعية (مما يقتضى ضرورة إدخال المريض المستشفى لحماية لنفسه وللآخرين من الإيذاء)

هـ - لا تكون الأعراض السابقة ناتجة من :

- تعاطى مواد مخدرة أو كحوليات .

- تناول أدوية نفسية لها نفس الأعراض .

- عدم إصابة الفرد بمرض جسمى مثل زيادة نشاط الغدة الدرقية .

ب - معايير أخرى تساعد فى التشخيص : مثل

١ - معلومات مستمدة من دراسة تاريخ الحالة : من خلال ملاحظات العلامات

والأعراض التالية :

أ - المبالغة فى السلوك مثل :

- التبذير والسفه فى الإنفاق .

- الإفراط فى لعب (الكوتشينه) أو القمار .

- الإفراط فى ممارسة الجنس والعريضة الجنسية (مما يدخل الشخص فى

مشاغل مع الطرف الآخر فى حالة الرفض ، أو قد يجعله يدخل فى نزوات قد تقوده إلى العديد من المشاكل) .

ب - التوسع والرغبة فى (التكويش) على كل المناصب والمسؤوليات .

ج - سرعة الشعور والإستسلام للاحباط .

د - وجود العلامات الجسمية الآتية :

- زيادة فى الرغبة الجنسية .

- نقص الوزن .

- فقدان الشهية .

— المعاناة من إضطرابات النوم (الإرق الذى يأخذ صورة عدم الشعور بالحاجة إلى النوم)

- النشاط المفرط وعدم الإستقرار فى مكان محدد .
- ٢ — الإستناد إلى بيانات مستمدة من الفحص الطبى النفسى : مثل
- أ — السلوك والمظهر العام : ويتضمن الآتى :
- الإفراط النفسى حركى .
- السلوك الهادف إلى (لفت) أنظار الجنس الآخر .
- إرتداء ملابس زاهية وذات ألوان ملفتة للأنظار .
- المبالغة فى إستخدام مساحيق الزينة .
- إرتداء مجموعة غريبة أو متنافرة من الملابس .
- التطفل على الآخرين والتدخل فيما لا يعنيه فى شئون الآخرين .
- خفة الظل .
- السخرية من كل شئ .
- سرعة الاستثارة (بما لا يتناسب مع المثير أو الوقوف الذى حدث) .
- ب — الإنفعال : ويتميز بالآتى :
- إنفعالات حادة .
- إنفعالات شديدة .
- إنفعالات متقلبة (حيث من الممكن أن ينتقل إنفعال الفرد من النقيض إلى النقيض) .
- ج — محتوى التفكير : حيث نجد السمات أو العلامات الآتية :
- المبالغة فى تقدير الذات .
- الشعور بالعظمة .
- المبالغة فى الإهتمام بالذات فقط (يرتدى نظاره لا يرى منها ومن خلالها إلا ذاته) .

— يعانى من ضلالات (بصورة أقل وتدور حول العظمة) .

— يعانى من هلاوس (ولكن بصورة أقل) .

- تتفق ضلالاته وهلاوسه حول العديد من الموضوعات التي تدور حول ذاته مثل : إعتقاد مبالغ فيه بأهميته ، وقوته .
 - إن الضلالات والهلاوس قد تتراوح ما بين محورى : العظمة والإضطهاد .
 - د - الكلام : يتصف بالآتى :
 - الإلحاح .
 - مرتفع النبرة .
 - يميل إلى المبالغة وتفخيم الأحداث .
 - يرمز على إثارة العواطف والإنفعالات .
 - غير مفهوم (فى بعض الأحيان نتيجة عوامل متعددة مثل السرعة ، الانتقال من موضوع إلى آخر ، استخدام مصطلحات غريبة ... الخ) .
 - هـ - عمليات التفكير : حيث أنه ومن خلال الفحص نجد الآتى :
 - عدم ترابط الأفكار وإنسيابها .
 - تسارع الأفكار .
 - تفكك (أو إختلال) الكلام .
 - إستخدام مصطلحات جديدة .
 - الميل إلى السجع والتورية والعديد من المحسنات البديعية والبلاغية فى الحديث .
 - الإسترسال فى الكلام .
 - الشطط فى الكلام (أى ضعف العلاقة أو حتى عدم وجود علاقة من الأساس ما بين الفكرة والفكرة التى تليها) .
 - حـ الإستبصار وسلامة الحكم على الأمور : حيث نجد الآتى :
 - الإفتقاد إلى الاستبصار (لدرجة أن كثيرا جدا من هؤلاء الأفراد ينكرون ومن الأساس أصابتهم بالمرض .
 - العجز عن إتخاذ أى قرار منظم أو يستند إلى الواقع والمنطق .
- رابعا : إضطرابات أزواج القطبية Bipolar Disorder
ويأخذ الأنواع الآتية :

١ - اضطراب ازدواج القطبية - النوع الأول Bipolar I

ويشخص من خلال :

- تنطبق على المريض كافة معايير نوبة الهوس .
- أو تنطبق على المريض نوبة مختلطة كاملة .
- قد يتزامن مع نوبات إكتئاب جسيم أو هوس خفيف Hypomania
- اضطراب تتطلب شدته في العادة دخول المريض المستشفى .

٢ - اضطراب ازدواج القطبية - النوع الثاني Bipolar II

ويشخص من خلال :

- يتضح من خلال دراسة وفحص تاريخ الحالة إن المريض أصيب بنوبة إكتئاب جسيم واحده على الأقل (Hypomania)

- أو أصيب بنوبة هوس خفيف واحده على الأقل .
- الا يكون المريض قد أصيب بنوبات الهوس .

٣ - اضطراب ازدواج القطبية سريع التقلب : Rapid Cycling

ويتصف بالآتي :

- يتصف هذا النوع بظهور نوبات الإكتئاب والهوس .

~~بمعدل أربع نوبات أو أكثر في السنة~~

- يتسم بظهور نوبات مختلفة أو سريعة التقلب .

- يكون عرضه لإتخاذ شكل مزمن .

٤ - هوس المراهقة :

- تظهر أعراض الهوس السابقة .

- قد تختفي هذه العلامات إذا لجأ المراهق إلى :

* تعاطي المخدرات .

* تعاطي الكحوليات .

* القيام بسلوك أو أحر من السلوكيات المناهضة للمجتمع .

٥ - اضطراب المزاج الدوري : Cgcothymic Disorder

ويتصف بالآتى :

- إضطراب أقل شدة من إضطراب ازدواج القطبية .
- تظهر خلال الإصابة بفترات من الهوس الخفيف بالتبادل مع الإكتئاب متوسط الشدة .
- يتصف بمساره المزمن .
- يخلو من الأعراض الذهانية .
- يتطلب تشخيصه إستمرار وجود الأعراض لفترة لا تقل عن سنتين .
- تتساوى نسبة حدوثه فى الإناث مع الذكور .
- تبدأ الإصابة به تدريجيا .
- يظهر لأول مرة فى نهاية مرحلة المراهقة وبداية سن الرشد .
- ينتشر بصورة كبيرة لدى الفئات التى تقبل على تعاطى المواد المخدرة والكحوليات .
- ينتشر الإكتئاب الجسيم وإضطرابات ازدواج القطبية بين أقارب المريض من الدرجة الأولى .
- يؤدى عدم الثبات الوجدانى إلى ظهور العديد من المشاكل الأكاديمية

والهنية والإحتتماعية .

(APA. , 2000)

أسباب الإضطرابات الوجدانية :

- تتعدد النظريات التى حاولت تفسير أسباب الإصابة بإضطرابات الوجدان . ويمكن فى عجالة - تقديم هذه الأسباب والتفسيرات فى :
- أولا : الأسباب البيولوجية :** ونستطيع حصر التفسيرات فى هذا الجانب فى الجوانب الآتية :

أ - الغدد الصماء :

حيث يعكس وجود إختلالات فى المنظومة العصبية الغددية إحتماالية الإصابة بالإضطرابات الوجدانية ، حيث تم رصد الآتى :

- إختلال مدخول الامينات البيولوجية التى يتلقاها تحت المهاد .
- يزداد نشاط محور تحت المهاد ، حيث وجدت الدراسات مثلا زيادة نشاط

الغدة النخامية والكظرية في حالات الإكتئاب ، كما ينخفض في الإكتئاب أيضا إطلاق الهرمون الحاد لأفراز الغدة الدرقية ، كما ينخفض هرمون الذكور (التستستيرون) ، كما تقل وتضعف الوظائف المناعية في الإكتئاب والهوس على حد سواء .

ب - العوامل الوراثية : حيث وجدت الملاحظات الآتية :

- تشير الأدلة إلى إنتقال المرض عن طريق الوراثة وتبدو أكثر وضوحا في إضطراب القطبية .

- يظهر هذا الإضطراب على حد سواء بين أفراد من أسرة المريض .

- إحتمال ظهور إضطراب وجداني في طفل يصل الى ٢٥ ٪ إذا كان أحد والديه مصابا بإضطراب إزدواج القطبية من النوع الأول ، وتزداد التوقعات بأصابة الطفل إلى نسبة ٧٥ ٪ إذا كان الوالدين مصابين بالمرض .

- إذا كان أحد الوالدين مصابا بالإكتئاب الجسيم فإن إحتتمالات إصابة الطفل بإضطراب الوجدان تتراوح بين ١٠ - ١٣ ٪ وهكذا .

- لم يتم التأكد حتى الآن من وجود عوامل وراثية محددة بيد أن الدراسات الحديثة قد وجدت علاقة ما بين الوراثة (الخاصة بالكروموزومات ١١ ، ٥ والكروموزوم الخاص بالجنس x) وبين الإصابة بأي مرض من أمراض إضطرابات الوجدان .

ج عوامل عصبية كيميائية : وتتلخص في :

- إنخفاض تركيز الامينات الحيوية في المخ (مثل : السيروتونين ، ونورأدرينالين ، الدوبامين) . وخاصة في حالات الإكتئاب .

- زيادة تركيز الامينات الحيوية في المخ (السابق الإشارة إليها) في حالات الهوس .

- تغير نسب مشتقات تمثيل الامينات الحيوية مثل حامض هيدروكس إندول أستيك (وهو مشتق من السيروتونين) وحامض (هو موفانيسليك - المشتق من الدوبامين)

- إختلال ضبط منظومة الادريناالين والاستايل كولين مع سيطرة المسارات الكولينية .

(Kaplan, H. & Sadock, B. , 1996)

ثانيا : الأسباب النفسية - الإجتماعية :

حيث توجد العديد من النظريات التي حاولت تقديم تفسيرات نفسية ، إجتماعية

لأسباب الإصابة بإضطرابات الوجدان .

أ - نظرية التحليل النفسي :

يفسر التحليل النفسي الإكتئاب على سبيل المثال على أساس أنه عدوان موجه ضد الذات وأن الشخص قد يخبر فقدًا حقيقياً لموضوع الحب أو فقدًا متخيلاً . هذا الإحساس بالفقد يولد العديد من مشاعر الرفض والغضب والعدوان . إلا أن هذا الغضب المستشار ضد (طرف) موجود في الخارج قد (يتحول) إلى الداخل نتيجة الشعور بالذنب لأنه يعتقد أنه السبب في حدوث هذا الفقد .. وبالتالي نجد لدى الشخص المكتئب إثارة لمشاعر الذنب والدونية وتحقير الشأن على أن تقديره لذاته يعتمد على تقدير الآخرين له .

(Ingram, 1994 , P . 120)

ومن جهة أخرى يعد الهوس والإنتعاش (أو الشعشة) من الوسائل الدفاعية ضد الإكتئاب المزمن والكامن ، حيث نجد إن الانا الاعلى يتميز بالقوة العدوانية والتصلب وعدم المرونة . وقد وصف فرويد الإزدواج الوجداني تجاه المحبوب المستدخل ، والذي يؤدي إلى عدااء مرضى إذا ما كان المحبوب قد فقد بالفعل أو بصورة رمزية مع وجود أفكار إنتحارية .

ب - نظريات التعليم :

وسوف نقتصر حديثنا في هذا المقام على نظرية العجز المتعلم Learned Helplessness لسيلجمان ، والذي أكد على أن الإكتئاب - كمثال - إستجابة متعلمة . نتعلمها عندما نجد أنفسنا نتعامل مع مواقف مهددة للطمأنينة والأمان ولا مهرب منها .

وقد توصل سيلجمان ومعاونوه إلى هذا القانون من خلال التجارب التي أجريت على الحيوانات وكانت نظريات التعلم متكنا لها ولم يكتف سيلجمان بالوقوف عند مستوى الظروف والأحداث التي تقود إلى الإكتئاب بل وصف العوامل التي تقود إلى العلاج وبث الأمل وتقديم الدعم للمريض .. وهي المنطلقات الأساسية التي إنطلقت منها باقى نظريات التعليم .

(عبد الستار إبراهيم ، ١٩٩٨ ، ١٣٧ - ١٤٤)

(Culbertson , 1997, PP. 25 - 31)

ح - النظرية المعرفية : حيث وصف هارون بيك الثلاثية المعرفية المترابطة

والتي تقود إلى الإكتئاب ، والتي تتكون من :

- ١ - نظرة سلبية للذات (أنا سيئ وشخص فاشل) .
 - ٢ - التفسير السلبي للخبرات (كل شئ سيئ على الدوام)
 - ٣ - التوقع المستمر للفشل (قليل البخت يلاقى العظم في الكرشة !) .
- إضافة إلى تبني الشخص (المكتئب على سبيل المثال) العديد من الأفكار اللاعقلانية والتي يرددها الفرد لنفسه (اضطراب في التفكير يقود إلى اضطراب في الوجدان ثم يقودان بدورهما إلى اضطراب في السلوك) .
- (محمد حسن غانم ، ٢٠٠٤ ؛ Ellis & Dryden, 1987)

علاج الاضطرابات الوجدانية :

يستطيع المعالج واسرة المريض أن يقرروا ما إذا كان الشخص المريض يتم علاجه ورعايته والإهتمام به خارج المستشفى أو داخل المستشفى (وفقا لحالة الخطورة والإيذاء المتوقع) .

ويحدد البعض خمس حالات لا بد أن يتم علاج المريض من خلالها داخل المستشفى ، وهذه الحالات هي :

- ١ - حالات الهوس الحاد وأحيانا تحت الحاد حيث لا يوجد استبصار للمريض بمرضه .
 - ٢ - حالات الذهول والثبات والغيوبة الإكتئابية .
 - ٣ - رفض الشراب والطعام مما يشكل خطورة على حياة المريض .
 - ٤ - كثرة الحركة أو هبوطها لدرجة أن أقرباء المريض لا يستطيعون العناية به .
 - ٥ - محاولات الانتحار المتكررة أو تاريخ محاولة إنتحارية جدية سابقة .
- (أحمد عكاشة ، ١٩٩٨)

وينقسم العلاج إلى :

العلاج دوائي : حيث يتم علاج حالات الهوس وخاصة الحالات الحادة بمضادات الذهان ومثبتات الانفعال ، أما في حالات الإكتئاب فيتم العلاج بمضادات الإكتئاب (الليثوريزن) . على إن يستخدم العلاج لمدة ستة أشهر على الأقل بعد أول

نوبة إكتئاب . كما قد يستمر بجرعات مساندة لسنوات في حالات تكرارها وقد وجد إن الجمع بين العلاج بالدواء والعلاج النفسى يقود إلى العلاج الناجح فى ٧٠ - ٨٠ % من حالات المرضى .

العلاج بالصدمات الكهربائية : يستخدم العلاج بالصدمات الكهربائية فى الحالات الآتية :

- تستخدم مع الأدوية لعلاج حالات الإكتئاب المستعصية .

- يستخدم فى الحالات ذات السمات الذهانية .

- يستخدم فى حالة الوصول إلى تحسن سريع فى الحالات الشديدة قبل استخدام الأدوية .

- يستخدم فى حالة ما إذا كانت لمضادات الإكتئاب آثار جانبية شديدة تحتم على المعالج عدم إستخدامها .

وقد أثبتت العديد من التجارب تأثير العلاج الكهربائى فى إزالة أو تخفيف حدة الأعراض سواء أكان ذلك فى مرض الإكتئاب أو مرض الهوس .

العلاج النفسى - الإجتماعى : حيث من الممكن استخدام الانواع العلاجية النفسية الآتية :

أ - **العلاج المعرفى :** وخاصة تلك العلاجات المستخدمة من وجهة نظر هارون بيك .. وهو علاج قصير الامد يقوم به المعالج يتفاعل مع المريض ، ويكلف المريض بالقيام بواجبات منزلية بين الجلسات تهدف إلى دحض وتفتيت الأفكار السلبية اللاعقلانية التى يعتقد فيها الشخص وإستبدالها بأفكار جديدة عقلانية تقوم على بث الأمل والطمأنينة والدعم الإجتماعى .

ب - **العلاج السلوكى :** ويستند إلى نظرية التعلم (الاشرط التقليدى والإجرائى) قصير الامد وبصفة عامة الذى يهدف إلى تصحيح أنواع محددة من السلوك غير المرغوب فيها ، تمثل فنية التعزيز الموجب الإجرائية وسيلة مساعدة فعالة فى علاج الإكتئاب .

ج - **العلاج النفسى التحليلى :** الذى يهدف إلى تزايد مساحات الاستبصار لدى الشخص بطبيعة الأعراض ، وإن يفهم الشخص المكتئب - صراعاته .

- ديناميته .
- دوافعه اللاشعورية .
- إحتياجاته .
- د - العلاج النفسى التدعيمى : وذلك من خلال القيام بالآتى :
 - تحسين مهارات الفرد المعرفية والإجتماعية .
 - تحسين صورته المدركة عن نفسه .
 - صحح تدنى اعتبار الذات الناتج عن أزمان المرض .
 - تحسين التزام المريض باستعمال الدواء وقدرته على تحمل الآثار الجانبية .
 - القيام بتوعية المريض واسرته بمسار المرض البيولوجى .
 - تقديم التدعيم البيئى لاتاحة الفرصة للشخص كى يتجاوز المحنة .
 - تكوين صداقات جديدة .

(بيتر نوفاليس وآخرون ، ١٩٩٨ ، ١٧-١٧٧)

هـ - العلاج الأسرى : ويتم اللجوء الى هذا النوع من العلاج فى الحالات التى يزعزع إستقرار الاسرة ، وأن الإكتئاب أو الهوس يؤثر فى العلاقات الأسرية ، أو الإحساس بوجود أنماط أو سلوكيات معينة سائدة داخل الأسرة تدعم الإضطراب أو تعمل على استمراره .

ولذا فإن العلاج الأسرى مفيد للمريض ولأسرته . لأنه يتعين علي المعالج التصدى - بالطرق والفنيات النفسية المختلفة والمناسبة - لبقايا مشاعر الفضب والعار والذنب السائد بين أفراد أسرة المريض ، إضافة إلى أن العلاج الأسرى يدعم الإلتزام ويسهم فى التعرف على العوامل التى تفجر النوبات .

مآل الإضطرابات الوجدانية :

يختلف سير المرض تبعا للعديد من العوامل . إلا أن الملاحظات والخبرات والدراسات قد أوقفتنا على مجموعة من (المعايير) يمكن الاستناد إليها فى تقدير مدى شفاء أو عدم شفاء المريض .

العوامل التى تؤدى إلى سرعة شفاء المريض :

١ - إذا كان المريض قدعانى من عدة نوبات متكررة من قبل يقل احتمال

- شفائه عن المريض الذى يعانى من النوبة لأول مرة .
- ٢ - إذا ظهر المرض فجأة وليس بطريقة متدرجة .
- ٣ - حدوث تحسن فى الإضطرابات التى تحدث تلقائيا دون مسببات حيث يلعب الإستعداد الوراثى دورا قويا .
- ٤ - كلما كان المريض صغير السن تحسنت فرصته فى الشفاء .
- ٥ - كلما قل أو انعدم فى التاريخ العائلى للشخص وجود حالات إصابة سابقة بالإضطرابات الوجدانية أو الذهانية .
- ٦ - تكامل شخصية المريض قبل المرض يشير إلى احتمال حدوث تحسن كبير وشفاء من المرض .

العوامل التى تسيئ إلى مصير المرض (المآل السيئ)

- ١ - نوبات متكررة وخاصة نوبات الإكتئاب المتناوبة مع نوبات المرح .
- ٢ - إذا زادت سن المريض عن ٥٠ سنة عند بدء المرض .
- ٣ - ظهور العديد من الأعراض الكلينيكية المميزة مثل : توهم العلل البدنية ، إختلال الانية ، وجود أعراض فصامية غامضة ... الخ .
- (أحمد عكاشة ، ١٩٩٨ ، ٣٨٧ - ٣٨٨)

وقد أشارت العديد من الدراسات والملاحظات الكلينيكية إلى الآتى :

- ينتحر ١٥ ٪ من مرضى الإكتئاب فى نهاية المطاف .
- تستمر نوبة الإكتئاب المتوسطة عشرة أشهر تقريبا إذا لم يعالج الشخص .
- تتناب ٧٥ ٪ من المرضى على الأقل نوبة إكتئاب ثانية . خلال الستة أشهر التالية على أول نوبة فى معظم الأحوال .
- مآل مرض الإكتئاب مآل جيد إذ يتعافى ٥٠ ٪ من المرضى ، ويتعافى ٣٠ ٪ منهم بصورة جزئية ، ويعانى ٢٠ ٪ منهم من الإكتئاب المزمن .
- تصاب نسبة من مرضى عسر المزاج ، تتراوح بين ٢٠ و ٣٠ ٪ بالأمراض التالية (مرتبة ترتيبا تنازليا) وهى :
- الإكتئاب الجسيم .
- إزدواج القطبية من النوع الأول والثانى .

- تعاود نوبات الهوس المرضى فى ٤٥ ٪ من الحالات .
 - تستمر نوبة الهوس ما بين ثلاثة وستة أشهر إذا لم يعالج المريض .
 - نسبة الانتكاس مرتفعة حيث يبلغ متوسط عدد الانتكاسات عشر مرات ، يصاب حوالى ٨٠ - ٩٠ ٪ من مرضى الهوس بنوبة أكتئابية كاملة .
 - يعد مآل حالات الهوس مآلاً مقبولا ، إذ يتعافى ١٥ ٪ من المرضى ، ويتعافى ٥٠ - ٦٠ ٪ بصورة جزئية ، ويعانى ثلث المرضى من الهوس المزمن وبالتالى حدوث تدهور فى الوظائف : المهنية والدراسية والاجتماعية للشخص .
- (Kaplan, H. & Sadock, B. , 1996)

مراجع الفصل

- أحمد عكاشة (١٩٩٨) ، الطب النفسي المعاصر ، القاهرة ، مكتبة الانجلو المصرية .
- آمال عبد السميع باظة (١٩٩٧) ، الشخصية والإضطرابات السلوكية والوجدانية ، القاهرة ، مكتبة الأنجلو المصرية .
- بيتر نوفاليس ، ستيفن ، وجيفيتز ، روجر بيك (١٩٩٨) ، العلاج النفسي التدعيمي ترجمة ، لطفى فطيم ، عادل دمرdash ، القاهرة ، المجلس الأعلى للثقافة - المشروع القومي للترجمة ، رقم ٢٥٢ .
- عبد الستار إبراهيم (١٩٩٨) . الإكتئاب - إضطراب العصر الحديث - فهمه وأساليب علاجه . الكويت . عالم المعرفة ، العدد (٢٣٩) ، المجلس الوطنى للثقافة والفنون والآداب .
- فرج طه (١٩٧٩) ، الشخصية ومبادئ علم النفس ، القاهرة ، مكتبة الخانجي .
- فرج طه ، شاكركنديل ، حسين عبد القادر ، مصطفى كامل (١٩٩٣) موسوعة علم النفس والتحليل النفسى ، القاهرة ، دار سعاد الصباح .
- محمد حسن غانم (٢٠٠٤) ، إتجاهات حديثة فى العلاج النفسى ، القاهرة . جامعة حلوان .
- American psychi atric association (2000) **Diagnostic and statistial Menual of Hental Disorder (DSM - Iv)** . Wshington DC.
- Sartorius. n (1993) . **Who's work onthe Epidemiology of Mantal disorders. Social psychiatry and psychiatric Epidemiology** , 28, PP. 147 - 155.
- Ellis, A& Dryden.w (1987) **the practice of rational - emotive therapy** . new york springer .
- Ingram. R (1994) . **Depression**, in. V. Ramachndram (Ed). **Encydopedia of human behavior** . Vol, 2, P : 113, newyork . , Academic press.
- Kaplan, H. & Sadock , B. (1996) **Pocket Handbook of clinical psychiatry** , London. Williams wilkin, Sed.

الفصل الرابع

اضطراب الفصام

محتويات الفصل:

- مدى انتشاره
- تعريفه
- تاريخ موجز لكيفية التعرف والتشخيص لاضطراب الفصام.
- تشخيص اضطراب الفصام.
- أعراض الفصام.
 - اضطراب التفكير.
 - اضطراب الإدراك.
 - اضطراب الإنفعال.
 - اضطراب الانتباه.
 - اضطراب الإرادة.
 - السلوك وانحرافه وشنوذه.
- أنواع الفصام.
- أسباب اضطراب الفصام.
- علاج اضطراب الفصام.
- المصير والمآل لاضطراب الفصام.

الإضطرابات الذهانية

الفصام Schizophrenia

ينتمى إضطراب الفصام إلى الإضطرابات الذهانية ، والذهان Psychosis يشير في معجم العلوم الإجتماعية إلى الآتى :

أ - الذهان إصطلاح فى الطب النفسى والتحليل النفسى ، يشير إلى إضطراب نفسى خطير يصيب الشخصية بأسرها ، فتضطرب علاقة المريض بعالمه إضطرابا شديدا ، وتختل إستجاباته الإنفعالية ، كما قد تختل وظائفه العقلية إختلالا شديدا ، أو إختلالا محدودا ، وهو مصطلح مرادف للمريض العقلى (أو ما يعرف فى المصطلح الشعبى الشائع الجنون) .

ب - ويهتم الطب النفسى بالوصف الدقيق لأعراض الذهان ولمختلف فئاته ، وإن الذهان ينقسم إلى مجموعتين رئيسيتين :

١ - **الذهان العضوى** : ويتميز بوجود إصابات أو تلف عضوى بالمراكز العصبية العليا (المخ) . ومن أبرز أمثاله الشلل الجنونى الذى ينشأ من الإصابة بالزهري .

٢ - **الذهان الوظيفى** : حيث تم إكتشاف العديد من مظاهر الإضطراب والخلل التى تطرأ على الوظائف النفسية ومن أبرز أمثاله الفصام .

جـ - فى حين إن التحليل النفسى - كمثال - يهتم بالتفسير الدينامى للذهان بوصفه سلوكا ذا معنى ودلالة كالحلم والعصاب تماما . ولذا نجد العديد من المفاهيم التحليلية التى تحاول سبر أغوار هذه الظاهرة مثل : الإسقاط ، الميل الجنسى الكامن من السادية الفمية .. الخ .

(مصطفى زيور ، ١٩٧٥ ، ٢٧٩ - ٢٨٠)

وتتميز الإضطرابات الذهانية بالأعراض الآتية :

١ - إضطراب واضح فى السلوك بعيدا عن طبيعة الفرد من إنطواء ، انعزال ، إهمال فى الذات والعمل الإهتمام بأشياء بعيدة عن طبيعته الأصلية .

٢ - تغير في الشخصية الأصلية ، واكتساب عادات وتقاليد وسلوك تختلف عن الشخصية الأولى .

٣ - تشوش في محتوى ومجرى التفكير وأسلوب التعبير عنه .

٤ - تغير الوجدان عن سابق أمره .

٥ - عدم إستبصار المريض بعقله ، فلا يشعر بمرضه وبالتالي يرفض العلاج .

٦ - اضطراب في الإدراك مع وجود الضلالات والهلاوس .

٧ - البعد أو الانفصال عن الواقع والتعلق بحياة منشؤها اضطراب تفكيره .

(أحمد عكاشة ، ١٩٩٨)

ومن أشهر الاضطرابات الذهانية : الفصام .

مدى إنتشاره :

- تتراوح نسبة حدوثه بين ١٪ و ١٥٪ في شتى أنحاء العالم في حين نجد البعض يرفع هذه النسبة ما بين ٨٥ و - ٣٪ من المجموع العام لأي شعب .

- أكثر إنتشارا في المدن منه في الريف .

- يزداد حدوثه في الدول الصناعية المتقدمة أكثر من غيرها من الدول التي لها أنشطة إقتصادية أخرى .

- يتساوى ظهور الفصام في الذكور والإناث .

- يظهر في العادة من سن (١٥) إلى (٣٥) عاما ، حيث تبدأ ٥٠٪ من الحالات قبل سن الـ (٢٥) عاما . ويندر ظهوره قبل العاشرة أو بعد سن الأربعين .

- يصيب الذكور في سن أصغر مقارنة بالإناث .

- يزداد إنتشاره في الطبقات الإجتماعية الدنيا ، مما دعا إلى ظهور ما يسمى بفرض الإنحدار Downward Drift Hypothesis والذي يؤمن أنصاره بأن مرضى الفصام ينتمون لأي طبقة إجتماعية في بداية الأمر ، ولكن نتيجة للتدهورات التي تحدث في مختلف مكونات الفرد فإن ذلك يستتبع بالضرورة إنحدارا في الطبقة أو المستوى الإجتماعي الذي يحيا فيه الفرد ، في حين إن البعض الآخر (يحلل) الظروف الإجتماعية ، والإقتصادية ، والثقافية ، وظروف المعيشة والسكن لدى الطبقات الفقيرة ويجعلها المهد والأساس والمنطلق لظهور الفصام . وإن الإزدحام في السكن ، يقود - بدوره - إلى إنتشار العديد من الإنحرافات السلوكية المميزة لسكان

هذه المناطق (جريمة ... بغاء ... مخدرات ... الخ) ولذا فإن الإصابة بمرض الفصام قد تكون ناتجة عن هذه الظروف ، أو متفاعلة معها .

- وجدت الدراسات إن الإصابة بالفصام تكثر في بعض فصول السنة حيث يزداد حدوثه في الشتاء وبداية الربيع (وتحديدًا بين شهر يناير وأبريل في نصف الكرة الشمالي أو بين يوليو وسبتمبر في نصف الكرة الجنوبي) .

- وفيما يتعلق بعدد الحالات الفصامية المترددة على العيادات النفسية للعلاج في أمريكا على سبيل المثال - وجد إنخفاض في عدد حالات الفصام المترددة على أقسام المستشفيات الداخلية بنسبة تتراوح بين ٤٠ و ٥٠٪ من عام ١٩٦٥ حتى عام ١٩٧٥ .

- ويعالج - أيضا في أمريكا - ما يقارب الـ ٨٩٪ من مرضى الفصام في العيادات الخارجية في الوقت الراهن .

- وأن تكلفة علاج مرض الفصام (فقط) - في أمريكا على سبيل المثال لا الحصر ، تصل إلى حوالي (١٠٠) مليار دولار في العام .
(Kaphn, H., & Sadock B, 1996)

- في حين وجد في مصر أن المرضى المترددين على العيادات الخارجية حوالي ١٥٣٪ من حالات الفصام (كافة الأنواع) . وبالطبع تختلف هذه النسبة عن إحصائيات المستشفيات العقلية ، نظرا لأن الأخيرة تستقبل حالات منتقاة من الذهان .
(أحمد عكاشة ١٩٩٨)

تعريف اضطراب الفصام :

أ - في علم النفس : يعرف في موسوعة علم النفس والتحليل النفسي كالآتي :
«الفصام مرض عقلي يصنف ضمن فئة الأمراض النفسية المعروفة بالذهان ويعتبر أكثر الأمراض الذهانية إنتشارا . وهذا المرض يمزق العقل ويصيب الشخصية بالتصدع فتفقد بذلك التكامل والتناسق الذي كان يوائم بين جوانبها الفكرية والإنفعالية والحركية والإدراكية وكأن كل جانب منها أصبح في واد منفصل ومستقل عن بقية الجوانب الأخرى . ومن هنا تبدو غرابة الشخصية وشدوذها . ومن هنا أيضا اشتق اسم المرض حيث يشير إلى أن جوانب الشخصية المختلفة تصبح مفصومة بعضها عن بعض وتفقد بهذا وحدتها وتماسكها وتكاملها .

ولحالات الفصام طائفة من الخصائص المميزة والمشاركة عادة أبرزها هو

البلادة الإنفعالية ، والتفكك في ترابط السلوك ومدى مناسبتها مع المواقف) .
(فرج طه وآخرون ، ١٩٩٣)

ب - فى الطب النفسى :

« الفصام هو حالة عقلية غير سوية تصيب الكائنات البشرية وحدها ، وتغير تغييرا عميقا من أنماط تفكيرهم ، وشعورهم ، وسلوكهم تجاه العالم ، بحيث تختلط لديهم الحقيقة بالوهم وتؤدى إلى تبنى أساليب حياتيه لا تتسق مع الواقع ، .
(سيلفانو أريتى ، ١٩٩١ ، ٢٢)

تاريخ موجز لكيفية التعريف والتشخيص لإضطراب الفصام :

هناك عدة محاولات أمكن من خلالها التعرف على مرضى الفصام . وفيما يلي نقدم موجزا لهذه المحاولات .

أ - يعد الطبيب النفسى البلجيكى (بينديكت موريل Morel. B أول من وصف الفصام رسميا حيث أطلق عليه مسمى « الخرف المبكر » وكان هذا عام ١٨٥٢ م .

ب - ثم جاء بعد ذلك الطبيب النفسى الألمانى إميل كريبلين Kraepelin. E. والذي أطلق على مجموعة من الأمراض التى تظهر فى سن المراهقة أطلق عليها أسم الخرف المبكر . وكان هذا عام ١٨٩٦ . إلا أن الجديد الذى قدمه - انذاك - هو مجموعة من المعايير التى يتم الاستناد إليها فى تشخيص هذا الخرف المبكر - عكس الحال مع موريل) .

معايير إميل كريبلين لتشخيص مرض الخرف المبكر :

- إضطراب الإنتباه والقدرة على الفهم .
- الهلاوس (خاصة الهلاوس السمعية) .
- سماع المريض لأفكاره .
- ضحالة الإنفعالات بل وجمودها وأحيانا عدم مناسبتها للمواقف .
- إختلال الوظائف المعرفية خاصة عدم الحكم الصائب على الأمور .
- شعور المريض - بل وإعتقاده - بأن هناك قوى خارجية تسيطر على أفكاره .
- إختلال محتوى التفكير (ويمكن رصد أكثر من محور ودلالة فى هذا الأمر) .
- رصد العديد من السلوكيات المرضية مثل : إنخفاض الدافعية ، المحاكاة ،

التفعيل ، التهيج الكتانوني ، النمطية .. الخ)

ج- يعد الطبيب النفسى السويسرى : يوجين بلويلر U. Bleuler أول من أطلق أسم الفصام أو (العقل المشطور) على هذا المرض . وكان هذا عام (١٩١١) . وكان يرى بضرورة أن يتم التشخيص وفقا للعديد من الإضطرابات الأساسية وهى :

إضطرابات جوهرية :

- اضطراب التفكير .

- اضطراب الإنفعال .

- الإضطراب الذاتى أو الشعور بالذات .

- اضطراب الإرادة .

- ثنائية الوجدان .

- الذاتية (أو الإنكفاء على الذات دون أخذ الآخر فى الاعتبار) .

أعراض إضافية :

- اضطراب الإدراك الحسى (الهلوس بمختلف أشكالها) .

- الضلالات .

- اضطراب الذاكرة (سواء للأحداث القريبة أو البعيدة) .

- تغير نمط الكلام والكتابة .

- وجود العديد من الأعراض الجسمية .

- وجود العديد من الأعراض الكتانونية .

د - والمعايير السابقة تقريبا قد ذكرها كورت شنابدر A. Schenden. وإن اختلفت اسس الترتيب حيث يركز بداية على الهلوس السمعية وصول إلى ما يسميه بالافلاس أو الفقر الإنفعالى .

هـ- إن كل المحاولات السابقة والرائدة قد جعلت الأبحاث والملاحظات تتزايد حول هذا المرض العقلى والذى أدرج ضمن معايير الدليل التشخيصى والإحصائى الرابع الأمريكى .

تشخيص مرض الفصام :

سوف نعتمد فى هذا الحيز على المعايير التشخيصية التى ذكرت فى الدليل

التشخيصي والإحصائي الرابع الأمريكي .

معايير تشخيص الفصام وفقاً للدليل التشخيصي والإحصائي الرابع :

- ١ - وجود ضلالات .
- ٢ - وجود هلاوس .
- ٣ - تفكك الكلام (مثل إنحراف مسار التفكير ، وعدم ترابط الكلام)
- ٤ - تفكك السلوك بصورة جسيمة أو ظهور السلوك الكتاتوني .
- ٥ - ظهور العديد من مظاهر السلوك والأعراض السالبة مثل : ضحالة الإنفعال ، عدم مناسبته للموقف ، إفلاس وفقر الفكر ، فقدان الإرادة .

ملحوظات :

أ - لابد من توافر اثنين من الأعراض السابقة أو أكثر لكي يشخص الفرد في هذه الفئة .

ب - إن تستمر الأعراض فترة من الوقت لا يستهان بها خلال مدة شهر واحد ، إذا عولج المريض بنجاح .

ج - وجود أكثر من صورة من صور إختلال الوظائف الإجتماعية والمهنية مثل :

- تدنى مستوى الإداء في مجال رئيسي واحد أو أكثر بصورة جسيمة (مثل : العمل ، العلاقات الإجتماعية ، رعاية الذات) مقارنة بالمستوى والمظهر السابق على ظهور الأعراض .

د - إستمرار علامات المرض لفترة ستة أشهر على أقل تقدير ، على أن تشمل تلك الفترة أعراضاً مستمرة لمدة شهر واحد على الأقل أو مدة أقل إذا عولج المريض بنجاح .

هـ - أن تكون هذه الأعراض نشطة .

و - إستبعاد الفصام الوجداني واضطرابات الوجدان المصحوبة بالأعراض الذهانية للأسباب الآتية :

- عدم مصاحبة أعراض أكتئاب أو هوس أو أعراض مختلفة لأعراض المرحلة النشطة للفصام .

- أو : في حالة ظهور أعراض اضطراب وجداني أثناء مرحلة الأعراض

النشطة تتصف مدتها الإجمالية بالإقتضاب عند مقارنتها بمدة إستمرار الأعراض
النشطة أو المتبقية عن المرض .

ج- إستبعاد سوء استخدام المواد المخدرة أو الإصابة بأحد الأمراض العضوية
التي تستدعى استخدام بعض الأدوية .

ط - الأخذ في الإعتبار إذا كان قد سبق للمريض الإصابة بإضطراب ذاتوية
في الطفولة ، أو قصور النمو ، لا يضاف تشخيص الفصام الا عند توافر ضلالات أو
هلاوس بارزة بالإضافة إلى أعراض الإضطراب الأصلي بصورة مستمرة ، لمدة لا
تقل عن شهر (أو أقل عند النجاح في علاج المريض) .
(APA. , 2000)

تداخل الفصام مع بعض الإضطرابات الأخرى :

أكدت العديد من البحوث والملاحظات وجود تداخل ما بين أعراض إضطراب
الفصام مع إضطراب الوسواس القهرى علي أساس وجود أفكار غير منطقية تدخل حيز
تفكير الشخص .

(Kindler. et . ap, 1993)

فما هو الفرق بين الوسواس والضلالات ؟

١ - وجود درجة من الإستبصار لا بأس بها في حالة الوسواس عكس الحال
في الضلالات Delusions

٢ - إن المريض في الوسواس يقاوم ويحاول الاعتراض ، في حين أنه يكون
نستسلماً تماماً ، في حالة الضلالات .

٣ - تدرك الأنا (الوسواس) علي أساس أنه غير متسق معها ، في حين
يكون العكس فيما يتعلق بالضلالات (الإتساق مع الأنا ومعتقداتها) .

٥ - إن العديد من الدراسات أكدت إنتشار معدل الأعراض الوسواسية القهرية
مع مرضي الفصام .

(أحمد عبد الخالق ٢٠٠٢ ، ص ص ٢٤٦ - ٢٥٠)

أعراض الفصام

يمكن تلخيص أعراض الفصام بصورة عامة في المظاهر والعلاقات الآتية :

١ - إضطرابات التفكير : Thinking Disorders

وتنقسم إلى الإضطرابات الآتية :

- أ - إضطراب في التعبير عن التفكير .
- ب - إضطراب في مجرى التفكير .
- ج - إضطراب التحكم في التفكير .
- د - إضطراب محتوى التفكير .

(أحمد عكاشة ، ١٩٩٨)

٢ - إضطراب الإدراك : Perceptual Disorders

وتأخذ المظاهر الآتية :

أ - إدراك أشياء لا وجود لها في الواقع مثل الهلاوس Hallucinations ، حيث يحس الفرد أحاسيس ليست لها تنبيهات حقيقية (وتكون هلاوس سمعية ، لمسية ، تذوقية) .

ب - سواء التأويل Illusions حيث تدرك الأشياء الموجودة في الواقع ليست كما هي موجودة بالفعل بل يدركها في صورة أو أكثر وبصورة محرفة بحيث يتفق هذا التحريف مع حالته النفسية .

(فرج طه ، ١٩٧٩)

٣ - إضطراب الإنفعال : Emotion Disorders

ويأخذ المظاهر الآتية :

أ - عدم إتساق الإنفعال مع المواقف الخارجية (حيث يفرح مثلا في المواقف التي لا تستدعي ذلك أو العكس) .

ب - التبلد الإنفعالي وعدم مبالاة بكافة الأحداث التي تقع في نطاق البيئة التي يعيش فيها .

ج - عدم ثبات الإنفعال : حيث نجد الفصامي عرضة لحالات وقتية وذبذبات

إنفعالية مستمرة أو متكررة ، وقد ينتقل من حالة إنفعالية إلى حالة إنفعالية مناقضة تماماً وبدون استغراق وقت طويل .

(محمد حسن غانم وآخرون ، ٢٠٠٣)

٤ - اضطرابات الإنتباه : Attention Disordel

ويأخذ المظاهر الآتية :

أ - سهولة تحول إنتباه الفرد من موضوع لآخر بالرغم من محاولة تركيز إنتباهه على الموضوع الأول .

ب - تبدل الإنتباه بحيث يصعب أن يستثار إنتباه الفرد نحو موضوع معين .

ج- الدخول في حالات من الهذيان والذهول والتي تقلل من قدرة الفرد على الإنتباه للواقع المحيط به .

د - الدخول في حالة غيبوبة Comatose حيث يفقد الشخص وعيه بما يحيط به ويكاد يستحيل على المنبهات الخارجية جذب إنتباهه إليها وإستجابته لها ، أو إستثارته أياها .

(فرج طه ، ١٩٧٩)

٥ - اضطراب الإرادة : Volition Disorden

ويأخذ المظاهر الآتية :

أ - عدم القدرة على المبادرة بوضع الخطط .

ب - عدم القدرة على ممارسة الأنشطة .

ج- الإفتقاد إلى المعنى والهدف .

د - الإفتقار إلى القدرة على المثابرة لحل أى مشكلة .

هـ - السلبية التامة .

د - قد يعتقد بوجود قوى خارجية تسيطر على سلوكه (وأنه لا حول له ولا

قوة) .

(أحمد عكاشة ، ١٩٩٨)

٦ - اضطرابات السلوك وإنحرافه وشذوذه :

Behavioral Perversins, Abnormalities

ويأخذ المظاهر الآتية :

- أ - إغراق السلوك وخروجه عن المألوف .
- ب - قد يرتكب العديد من صور وأنواع الجرائم .
- ج - قد يقدم على العديد من صور الانحرافات الجنسية Sexual Perversions والتي تتمثل في أن يحقق الشخص استمتاعه الجنسي بشكل أساسي عن غير الطريق السوي .
- د - ويدخل ضمن إنحرافات السلوك وشذوذه : إضطرابات النطق ، والكلام ، والتردد ، وإرتعاشات بعض أجزاء الجسم ، وإتيان أفعال حركية لا معنى لها ، ومع ذلك يجبر على تكرارها .

(فرج طه ، ١٩٧٩)

أنواع الفصام : تتعدد التصنيفات التي قدمت للفصام . ومنها :

أ - الفصام الهذائي : Paranoid Schitophrinia

ويتميز بوجود هذاء - أفكار ومعتقدات غير واقعية - منظم وثابت مع احتفاظ الشخصية عادة بأمكانياتها العقلية ، وإن محور تصرفات المريض تدور حول هذا الهذاء الذي يعتنقه والذي لا شك للخطأ في واقعيته وصدقته . أما عن الأفكار الهذائية التي يعتنقها الشخص فهي كثيرة ويمكن حصرها في فئات شائعة ثلاث هي :

هذاء العظمة Delusion Of Grandeur

هذاء الإضطهاد Delusion Of Persecution

هذاء الغيرة Delusion Of Jealousy

(فرج طه ١٩٧٩)

تشخيص الفصام البارانويدي :

١ - فرط الإنشغال بضلالات متسقة مع كثرة ظهور الهلاوس السمعية المتعلقة بموضوع واحد فقط .

٢ - عدم ظهور أى عرض من الأعراض التالية :

- عدم ترابط الكلام .

- تفكك أواصر التفكير .

- ضحالة الإنفعال .

- عدم توافق الانفعال على التفكير .
 - عدم توافق الانفعال مع المواقف .
 - السلوك الكتاتوني .
 - تفكك السلوك (وعدم ترابطه) بشكل جسيم .
- (APA. , 2000)

ب - الفصام المفكك Dicorganised Schizophrenia

ويتسم هذا النوع من الفصام بتفكك مكونات الشخصية بصورة شديدة مع وجود العديد من سمات الخلط الذهني . وقد يميل المرضى في هذا النوع من الفصام إلى الإكتئاب البسيط ، إلا أن الحالة المزاجية . في الغالب تكون هي حالة من التقلب الوجداني المتطرف ما بين الحزن والفرح إضافة إلى أن الانفعال يكون غير مناسب للموقف أو للسؤال ، إضافة إلى أن التفكير يتميز بالضحالة والتفكك وعدم الترابط .

(سيلفانو أريتي ، ١٩٩١)

تشخيص الفصام المفكك :

١ - عدم ترابط الكلام ، تفكك أوامر التفكير بصورة شديدة أو فرط تفكك السلوك .

٢ - ضحالة الإنفعال ، وعدم توافقه مع المواقف والتفكير .

٣ - لا تنطبق عليه معايير تشخيص النوع الكتاتوني

(APA. , 2000)

ج- الفصام الكتاتوني : Catatonic Schizophrenia

ويبدأ هذا النوع من الفصام في سن متأخره بين ٢٠ - ٤٠ سنة ويتميز بإضطرابات الحركة . وأهم أعراضه الإضطرابات الكتاتونية والتي تأخذ المظاهر الآتية :

السبات والذهول والغيبوبة الكتاتونية ، الهياج الكتاتوني ، السلبية المطلقة ، المداومة على حركة أو وضع معين ، الطاعة العمياء أو الأتوماتيكية ، المداومة على الحركات المشابهة ، إضطراب الكلام ، اضطرابات جسمية .

(أحمد عكاشة ١٩٩٨)

تشخيص الفصام الكتاتوني :

- ١ - الذهول أو الخرس .
- ٢ - السلوك السلبي .
- ٣ - التصلب أو الجمود أو عدم المرونة .
- ٤ - إتخاذ الجسم أوضاع غريبة .
- ٥ - المرادده والمحاكاة .

(APA. , 2000)

د - الفصام غير المتميز : Undifferentiated Schizophrenia

وهي حالات ذهانية تستوفي الشروط العامة للفصام ولكنها لا تنطبق على أى نوع من الأنواع المذكورة (فى باقى أنواع الفصام) وتعكس السمات الخاصة بأكثر من نوع واحد منها دون بروز واضح لأى مجموعة من المميزات التشخيصية لواحد منها بالذات ، ويستخدم هذا الرمز للحالات الفصامية فقط (بمعنى أنه يستبعد الفصام المتبقى وإكتئاب ما بعد الفصام)

(أحمد عكاشة ١٩٩٨)

تشخيص الفصام غير المميز :

- ١ - ضلالات بارزة (هلاوس) عدم ترابط الكلام والسلوك غير المترابط وبصورة جسيمة .
- ٢ - لا تنطبق عليه معايير الفصام الهذائي أو الكتاتوني أو الفصام المفكك .

(APA. , 2000)

هـ - فصام متبقى : Residual Schizophrenia

ويعد هذا النوع من الفصام مرحلة مزمنة فى مسار المرض الفصامى تم فيها إنتقال واضح من مرحلة أولية إلى مرحلة تالية تتميز بأعراض واختلالات سلبية طويلة المدى وإن ليست بالضرورة غير معكوسة الإتجاه (بطء نفسى حركى ، قلة نشاط ، تباد فى الوجدان ، سلبية وإفتقاد إلى المبادرة ، فقر فى كمية أو مضمون الكلام ، فقر فى التواصل الالفظى من خلال تعبيرات الوجه ، انخفاض فى مستوى الإداء الإجتماعى) .

(أحمد عكاشة ، ١٩٩٨)

تشخيص الفصام المتبقى :

- ١ - عدم وجود ضلالات بازة ، أو هلاوس ، أو عدم ترابط الكلام ، أو السلوك غير المترابط بصورة جسيمة .
- ٢ - وجود ما يفيد إستمرار الإضطراب من خلال عرض أو اثنين من أعراض تخلف المرض .

(APA. . 2000)

د - الفصام البسيط : Simple Schizophrenia

مصطلح يشير إلى نوع من الفصام يبدأ بصورة تدريجية ، حيث يفقد المريض الدافعية والطموح ، ولا تظهر عليه أعراض ذهانية صريحة ، ولا يعاني من الهلاوس والضلالات ، وعرضه الرئيسى ، إنزواء المريض وإبتعاده عن المواقف الإجتماعية والعمل .

ولا يتضمن الدليل الرابع هذا النوع من الفصام :

(Kaplan,H.. Sadook, B. 1996)

- وإن كانت المعلومات الطبية عن هذا النوع من الفصام قد أشارت إلى الآتى :
- إن هذا النوع من الفصام من أصعب الأنواع تشخيصا نظرا لغياب الأعراض الشديدة وصعوبة تفرقه عن بعض الأمراض وإضطرابات الشخصية .
 - يبدأ فى سن مبكرة ما بين ١٥ - ٢٥ سنة .
 - يزحف ببطء وتدرجيا حتى ينتهى بالتدهور التام للشخصية .
 - يتميز بإضطرابات وتدهور فى الوجدان والإرادة والتفكير .
 - ينتشر هذا النوع من الفصام بين أقرباء مرضى الفصام ، وبين موظفى الدرجات السفلى وبين المدمنين والمجرمين والمنحرفين جنسيا .
 - ولذا يجب أخذ الإنطواء والإنعزال وفقد الإهتمامات بحذر شديد حتى لا يكون بداية لمرض الفصام البسيط .

(أحمد عكاشة ، ١٩٩٨)

(سيلفانو أريتى ، ١٩٩١)

أسباب مرض الفصام :

تتعدد أسباب مرض الفصام . ويمكن حصرها فى :

أولاً : العوامل البيولوجية :

أ - الوراثة : نشأ الاعتقاد بأن للفصام أساساً وراثياً من ملاحظة :

ارتفاع معدل حدوثه في عائلات معينة دون أخرى ، وتمت ملاحظة ذلك على مدى ثلاثة أجيال . فإذا كان أحد الأبوين أو أحد الأخوة قد أصيب بالفصام فإن نسبة حدوثه بين باقي الأخوة تتراوح بين ٤ - ١٠ ٪ (سيلفانو أريتي ، ١٩٩١) .

ولذا فإن بحوث الوراثة ترجح إن الفصام يورث عبر جينات متعددة ، كما يتضح من دراسة التوائم ومن دراسات التبني ومما يدعم هذا الاعتقاد إن الفصام ينتشر بين أقارب الدرجة الأولى للمريض حوالي ١٠ إلى ١٢ ٪ وإن نسبة إنتشاره بين أبناء الأبوين المصابين بهذا المرض قد وصل إلى ٥٠ ٪ .

(Kaplan, H., & Sa Dock, B, 1996)

ب - عوامل بيولوجية : ويمكن تقديم العديد من الادلة العلمية من خلال :

١ فرض النور أدريتاين : حيث وجدت الأبحاث أن زيادة نشاط هذا الناقل في الفصام يؤدي إلى زيادة حساسية الجهاز العصبي للمثيرات الحسية الواردة من البيئة .

٢ - فرض حامض أمينوبيوتيريك : حيث يؤدي إلى إنخفاض نشاط هذا الناقل إلى زيادة نشاط الدوبامين .

٣ - فرض الدوبامين : حيث وجدت الدراسات والملاحظات أن أعراض الفصام تعود إلى زيادة حساسية مستقبلات ناقل الدوبامين العصبي ، أو زيادة نشاط هذا الناقل في المخ . ويسود بين العلماء الآن اعتقاد مؤداه إن المسارات الدوبامينية الخاصة بمنتصف لحاء قشرة المخ وبالفص الطرفي تلعب دوراً هاماً في الفصام وحدوث أعراضه .

٤ - فرض السيروتونين : حيث تمت ملاحظة أن ناقل السيروتونين يتخذ مساراً غير طبيعي في بعض مرضى الفصام المزمن . حيث تفيد بحوث بإنخفاض نسبته في الدم ، وبحوث أخرى تؤكد ارتفاع نسبته في الدم ، والمهم إن هذه الأبحاث (رغم اختلافها) قد أكدت حقيقة وجود اختلافات في الوظيفة .

٥ - مواد مهلوسة : حيث رأى البعض أن بعض المواد الأمينية الموجودة أساساً في الجسم تتحول إلى مواد تسبب الهلاوس من خلال عمليات تمثيل كيميائي غير طبيعية . بيد أن هذا الفرض يحتاج إلى مزيد من التجارب للتدليل على مثل هذا الافتراض .

(ديفيد . همس ، ٢٠٠٠ ، ص ٣٨١ - ٣٥٨)

ثانيا : أسباب نفسية :

بالرغم من حديثنا هنا عن الاسباب النفسية إلا أن العوامل البيولوجية والوراثية لا يجب أن تغيب عنا لأن الاسباب النفسية غير السوية وحدها لا تؤدي إلى الفصام ما لم تكن هناك تهيئة بيولوجية . إضافة إلى ضرورة الأخذ في الاعتبار أن العوامل البيولوجية ليست كافية للفصام ما لم تؤازرها سلسلة من الظروف النفسية غير المواتية .

ويلخص سلفانو أريتي تاريخ أو بدايات الإصابة بالفصام من خلال أربع مراحل هي :

المرحلة الأولى : وهي مرحلة الطفولة الباكرة حيث يعيش المريض بكثافة إنفعالية داخل أوضاع إسرية يخبرها بقوة بالغة على نحو ما غير عادي .

المرحلة الثانية : وهي مرحلة الطفولة المتأخرة فغالبا ما يكتسب المريض خلالها نمطا خاصاً من الشخصية ما لم يتم تصحيحه على نموها واحد تلك الانماط هو النمط الشيزوبدي (الإنطوائي) حيث يتوقع الشخص علاقات غير مرضية مع الآخرين فيصبح مبالا للعزلة ، أقل إنفعالات ، وأقل إهتماما واندماجا مع الآخرين .

المرحلة الثالثة : تبدأ عادة مع المراهقة ، حيث يتبع الفرد ميكانيزمات تملئها عليه طبيعته الإنعزالية . فيتبع الآخرين في صمت ، ويظل شخصا منعزلا بلا صاحب مع العديد من مشاعر اليأس وأنه لا أمل في المستقبل ويدرك صورة الذات (كشئ مدمر) .

المرحلة الرابعة : وهي المرحلة التي يتجلى فيها المرض بصورة الكلينيكية الصريحة فتتقطع الروابط بين المريض والواقع وينسحب منه بطريقة لافتة للنظر ، بل ويصبح العالم مرعبا ، والخطر يتهدهده في كل مكان . ولا سبيل أمامه للهروب . (سلفانو أريتي ، ١٩٩١) .

ثالثا : الأسباب الاجتماعية – الثقافية :

حيث يركز أصحاب هذه النظريات على العوامل الاجتماعية ، وقد تم التوصل إلى بعض الخطوط الرئيسية في هذا الصدد حيث تتميز عائلة مرضى الفصام المزمنين بالآتي :

أ – يعاني الوالدين أو أحدهما من الذهان أو من ألد الفاصل للذهان .

- ب - تتميز علاقة الأبوين بالطفل بالتكافل الطويل المدى .
جـ - يعيش الأب والأم في حالة طلاق عاطفى مع إعوجاج واضح فى الحياة الزوجية .
د - وجود الأشخاص فى عائلات يبدو الإكتئاب بينها واضحا إستجابة لخسارة أو فقدان عزيز .
هـ - ولذا فإن الأسر الفصامية تنجب أطفالا فصاميين عكس الحال فى الأسر السوية .

(أحمد عكاشة ، ١٩٩٨)

علاج الفصام :

بداية ليس من الضرورى حجز المريض فى المستشفى (لأن الإتجاهات الحديثة فى العلاج تأخذ العديد من العوامل فى الإعتبار ، وتعمل فى الوقت نفسه على عدم حجز المريض فى مكان منعزل - المستشفى ، بل تحاول من خلال طرق وأساليب التأهيل المختلفة على مد جسور التعاون والاتصال مع البيئة الخارجية ، ومقدار الدعم والمساندة الاجتماعية والنفسية التى يلقاها المريض من أفراد خارج المستشفى .. وقد أشارت العديد من الدراسات عن حدوث تحسن ملحوظ لدى هؤلاء المرضى الفصاميين .

وعموما فى ضوء معلومات موضوعية معينة ، وتقييم موضوعى يمكن تقرير ما إذا كان من الأفضل حجز المريض فى المستشفى أو مد جسور الإتصال مع الواقع الخارجى .

(لافندر ، واش ، ٢٠٠٢)

(ديفيد همسلى ، ٢٠٠٠)

وتنقسم أساليب العلاج إلى :

أولا : العلاج بالعقاقير :

بدأت ثورة الطب النفسى فى سنة ١٩٥٢ عندما بدأ بعض الأطباء فى علاج مريض الفصام بالكوربرومازين (لارجاكتيل - بروماسيد) مع ظهور نتائج تفوق العلاجات السابقة ، وقد تطور العلاج بالعقاقير ووصل عددها إلى العشرات حسب الأعراض .

(أحمد عكاشة ١٩٩٨)

ولذا فإن العلاج الدوائى يشمل مضادات الذهان مثل : مضادات مستقبلات ناقل الدوبامين ، ومضادات ناقل الدوبامين ، وناقل السيروتونين .

(Kaplan, H., & Sadock, B. , 1996)

وتهدف هذه العلاجات الى الحد من الاعراض الفصامية (أو إزالتها تماما) مثل ظاهرة الهلوس والضلالات والتفكك الى جوانب الشخصية الأخرى حتى يستعيد الشخص صلته المقطوعة والمشوشة والواهية مع الواقع المعاش .

ثانيا : العلاج بالصدمات الكهربائية :

ويستخدم هذا العلاج بفاعلية فى عدد قليل من حالات الفصام وقد أثبت هذا النوع من العلاج فاعليته تحديدا مع مرضى الفصام من النمط الكنتاتونى . كما وجدت الملاحظات أن مرضى الفصام الذين تقل مدة مرضهم عن سنة واحدة . يستجيبون بصورة جيدة لهذا النوع من العلاج .

ثالثا : العلاجات النفسية :

على الرغم من وجود العديد من المدارس والفنيات والطرق العلاجية إلا أننا سنركز - فى هذا الجزء على العلاج النفسى التدميى لمرضى الفصام من خلال :

أ - أنواع الإستجابة العلاجية للهلوس :

- لا توافق المريض على صدق هلاوسه .
 - تحرُّ الظروف المحيطة بظهور الهلوس .
 - حاول تفسير حدوثها (كرد فعل لصدمة لاعتبر الذات مثلا) .
 - إشرح آلية ظهور الهلوسه للمريض مرات متكررة .
 - حاول معالجة الحالة بزيادة الآثار الخارجية (سماعات راديو ستريو) .
 - اطلب من المريض القيام بالشوشرة على الهلوس (بالدندنة) أو الغناء .
 - تجنب التركيز على الهلوس ، وركز بدلا من ذلك على النواحي الإيجابية .
- (بيتر نوفاليس وآخرون ، ١٩٩٨)

وما قدمناه سابقا هو مثال ونموذج عملى يسترشد من خلاله المعالج النفسى التدميى لكيفية التعامل مع الهلوس (بكافة أشكالها وأنواعها .. وهى من أهم الأعراض فى مرض الفصام .

وقد ذكرنا هذا النموذج كمثال لأن خبرة العديد من العلماء والباحثين والمهتمين

بمجال مرضى الفصام لا يحبذون إستخدام العلاج النفسى التحليلى التقليدى ، فى علاج مرضى الفصام وذلك (لهشاشة) أنواتهم ، وفقدان الاستبصار بالواقع وقوانينه . وإن أفضل أنواع العلاجات التى من الممكن أن تقوم فى هذا الصدد هو العلاج التدعيمى والذى يعتمد على العديد من الفنيات مثل : النصيح ، الطمأنة ، التوعية ، تشكيل السلوك ، ووضع الحدود ، واختبار الواقع .. وكل ذلك يهدف إلى الوصول بالفرد إلى الواقع والاتصال والتعاون مع الواقع .. ذلك الإتصال الذى كان مقطوعاً أو مشوشاً من قبل .

(Kaplan, H., & Sadock, B., 1996)

نصائح ومحاذير وأسس يجب مراعاتها عند إجراء مقابلات مع مرضى الفصام سواء أكانت المقابلة طبية أم نفسية أم إجتماعية :

بداية لاشك إن التعامل مع مريض الفصام يحتاج إلى مزيد من المهارة والحكمة خاصة إبان المقابلة مع الأخذ فى الاعتبار أمرين :

الأول : كيف تساعد المريض على تخفيف الفوضى النفسية الداخلية تلك التى يعانى منها وتتمثل فى هذا الإنفصام بين مكونات الشخصية المختلفة .

الثانى : كيف تجعل مريض الفصام يتقبلنا دون أن يشعر إننا نفرض أنفسنا عليه أو إننا لسنا خطراً عليه .

ورغم ذلك لابد من مراعاة الآتى إبان مقابلة مريض الفصام .

أ - لا تحاول مناقشة ضلالات المريض ، أو الدخول فى مناقشات معه حتى تقنعه بخطأ هذا الإعتقاد ، أو تستخدم المنطق والواقع لاثبات خطأ ما يعتقده المريض .. لماذا ؟

لان الخبرة الكلينيكية - كما ذكرها كثير من المتعاملين مع الفصامى - قد أكدت حقيقة مؤداها : إن مناقشة الضلاله يقود المريض إلى مزيد من التشبث بهذه الضلالة .

ب - حاول أثناء حديث المريض عن ضلالاته (من قبيل أن العالم خطر ، وأن المخابرات الغربية تترصد أفكاره وتحركاته ، بل وتسرق أفكاره ورؤاه للعالم .. إلخ حاول أن تستشف الانفعالات القائمة خلف هذه الأفكار أو الفكرة الضلالية .

- هل يشعر المريض بالخوف ؟

- هل يشعر المريض بالغضب ؟

- هل يشعر المريض إن الأمور قد حسمت لصالح المترصدين له ، فضحلت

إنفعالاته موجه من اليأس ، وأنه لا أمل فى المقاومة ؟

— ما هى طبيعة الصورة المدركة للذات الآن ؟

ج - تقبل (أو أظهر تقبلك) لهذه الأفكار وصارح المريض بذلك بأسلوب مبسط واضح . فعلى سبيل المثال عندما يقول المريض : عندما أشاهد التليفزيون مصادفة أشعر وكأن مذبة النشرة الإخبارية ، تسرق أفكارى .. هنا يقول له القائم بالمقابلة .

— وما شعورك إزاء تلك الأمور ؟

أو - ما هو رد فعلك إزاء هذا الأمر ؟

د - لا تحاول أن تقطع حديث المريض بأن تعلق على شئ . ولكن استمع بانتباه وتعاطف مع المريض .. لماذا ؟

لأن الاستماع يعطى رسالة للمريض مؤداها أنه إنسان لديه مايقوله ، وأن مايقوله هام ويستمع إليه الآخر .

هـ - لابد من عدم التقيد بوقت ومكان محدد للمقابلة .. فإذا أكتشفت إن المريض لا يستطيع تحمل أكثر من عشر دقائق ، أو أكثر أو أقل - فلا تضغط عليه حتى تتم المدة المقررة للمقابلة (٤٥ دقيقة أو ساعة مثلا) بل أخبر المريض بأنك ستستأنف المقابلة فى وقت لاحق ووضح له : الموعد والمكان ، والتزم بما ذكرته للمريض لماذا ؟ .

لأن التزام القائم بالمقابلة (بالموعد والمكان) ينقل رسالة هامة للمريض مؤداها: إن القائم بالمقابلة جدير بأن يثق به (وهذا أول خيوط الأمل، خاصة إذا أخذنا فى الاعتبار أن كثير من مرضى الفصام يسيطر عليهم الشك فى الآخرين بل وفى نواياهم) .

د - كن صريحا مع المريض . لا تتظاهر بتصديق الضلالة ، فلا تقل له إنها صحيحة ، بل أشعره بأن الضلالة صحيحة من وجه نظره .

حاول أن تجسد الواقع للمريض مع ما فى ذلك من صعوبة إذ عليك أن تصبح مصدرا متسقاً لاختبار الواقع دون إذلال المريض أو نبذه فى الوقت نفسه .

مثال : قد يشاهد المريض فيلما سينمائيا - أو فى التليفزيون - ويقول إن هذا الفيلم قد وضع خصيصا لكى يسرد قصة حياته .. فهل فهمت المحتوى والرسالة ؟

ويكون رد القائم بالمقابلة : بل هو فيلم يتناول حياة مجموعة من البشر يشعرون بالحزن والإحباط (كمشاعر غالبية فى الفيلم) وإنك تشعر بشعور وإحساس مماثل .

ز - لاحظ المشاعر التى يولدها المريض فى نفسك ، لانها تجسد فى العادة

أسلوب وسيطر عليها تفاعل المريض المميز . أحرص على أن تفرق بين المشاعر التي تمثل استجابتك المباشرة للمريض ، والمشاعر التي لا علاقة له بها مثل شعورك بالحزن لخلاف حدث بينك وبين زوجتك أو شقيقتك قبل أن تذهب إلى العيادة (المستشفى لمقابلة المريض) .

ح - لا تضحك بصورة آلية عندما يقول المريض شيئا غريبا وبصورة تلقائيا قد جعلك تضحك ؟ .. لماذا ؟

لأن المريض سوف يفسر ضحك القائم بالمقابلة على أساس أنه :

- عدم إحترام له .

- عدم تفهم لحالة الهلع واليأس وفقدان الأمل (الفارق) فيها .

- يدعم عدم ثقته فيك (وأنت تمثل الآخر والعالم)

- يشعر أنه لا قيمة له ، مما يدعم ضلالات الإضطهاد من قبل الآخرين (

لكن لا يعنى كل ما سبق الا تضحك حين يروى المريض نكتة على سبيل المثال لكن لا تبالغ فى الضحك أو تحول جلسة المقابلة إلى (إلقاء نكت)

ط - ضع فى اعتبارك حاجة مريض البارانويا إلى الابتعاد عن غيره والسيطرة على ما حوله ، فالكثيرون من هؤلاء المرضى يشعرون بالراحة عندما تكون (رسميا) معهم ، ومتحفظا معهم وتعامله بصورة من عدم التعبير (أو الإنخراط) فى المشاعر (لأن المشاعر الدافئة من قبل القائم بالمقابلة تجاه المريض البارانويد وقد تشعره بالخطر)

ى - لا تتردد فى الإجابة على أسئلة شخصية معينة . حاول أن تعيد مسار المقابلة إلى شؤون المريض ، وتذكر أن الأجابة على بعض أسئلة المريض بشأن شخصك قد يساعده على التحدث بحرية عن نفسه .

مثال : إذا سألك المريض : هل لديك أولاد .

فيرد القائم بالمقابلة : وهل يهيك أو يعنك هذا الأمر ؟

المريض : إريد فقط أن أعرف

القائم بالمقابلة : حسنا سوف أخبرك بذلك ، ولكن دعنا نتحدث أولا عن سبب أهمية هذه المعلومة بالنسبة لك ؟

مسار ومآل مرض الفصام :

يمثل القدرة على التنبؤ بمصير ومآل مرض الفصام أهمية قصوى للأسباب الآتية :

١ - إختلاف الباحثين فى تقييم نتائجهم بالنسبة للشفاء . هل هو شفاء من الأعراض الكليينيكية ؟ أم هو شفاء إجتماعى ؟ أم هو شفاء الأعراض وشفاء إجتماعى معا ؟

٢ - الفصام مرض يتميز بالنكسات ونوبات دورية وأحيانا يصبح مزمنًا ولذا إذا ذكرنا شفاء بعد (٤) سنوات فقد يحتمل حدوث النكسة بعد (١٠) سنوات .

٣ - يختلف المرض فى إستجابته للعلاج تبعاً لنمط ونوع الفصام .

٤ - تظل نسبة كبيرة من المرضى تعتمد ولفترات طويلة على العلاج والعقاقير ولكن إذا توقفوا عن تناول العقاقير فقد تحدث لهم إنتكاسة ولذا من الصعب تقييم مثل هذه الفئة .

٥ - يخلف مرض الفصام بعض الآثار بعد كل نوبة . وبالتالي إذا نظرنا إلى مآل المريض بعد (٥) أو (٦) نكسات فهو يختلف تماماً عن الفصامى الذى عانى من نوبة واحدة .

(أحمد عكاشة ، ١٩٩٨)

ويستخدم بعض الباحثين ما يسمى (قاعدة الاثلاث) فى وصف مآل الفصام كالاتى :

- حوالى ثلث المرضى يتمكن من الحياة بصورة شبه طبيعية .
- حوالى الثلث الثانى يعانى من أعراض مهمة مع إستمرار قدرتهم على القيام بوظائفهم فى المجتمع .
- الثلث الأخير : يعانى من خلل شديد فى وظائفه مما يتطلب دخوله المستشفى بصورة متكررة .
- هناك نسبة (من كل ماسبق) تبلغ حوالى ١٠ ٪ تحتاج إلى البقاء فى دور العلاج طوال حياتهم .

(Kaplan, H., & Sadock, B., 1996)

محكات تساعد على التنبؤ بالمصير والمآل الجيد :

- ظهور المرض فى سن متأخرة .

- توافر عوامل مرسبة واضحة .
- ظهور المرض بصورة فجائية وحاده وعذيفة .
- التوافق الإجتماعى والمهنى الجيد قبل ظهور المرض .
- وجود أعراض إضطراب وجدانى ولاسيما الاكتئاب .
- أن يكون متزوجا قبل إصابته بالمرض .
- وجود حالات اضطراب وجدانى بين الأقارب .
- توافر شبكة دعم ومساندة إجتماعية جيدة .
- ظهور العديد من الأعراض الفصامية الموجبة .
- محكات تساعد على التنبؤ بالمصير والمآل السيئ :
- ظهوره فى سن مبكرة .
- عدم توافر العوامل المرسبة .
- زحف المرض بصورة تدريجية وبطيئة .
- عدم التوافق الإجتماعى والمهنى والجنسى والأكاديمى قبل ظهور المرض .
- الانزواء والميل إلى الإنطواء .
- أن يكون الشخص قبل المرض أما غير متزوج أو مطلق أو أرمل .
- وجود حالات فصام بين الأقارب .
- عدم توافر شبكة من الدعم والمساندة .
- وجود العديد من الأعراض السالبة للفصام .
- وجود علامات تدل على إصابة الجهاز العصبى المركزى .
- وجود تاريخ عن التعرض للإصابة قبل الولادة .
- عدم التعافى لمدة سنوات متصلة .
- كثرة الإنتكاسات (أو النوبات المتكررة) .
- أن يكون قد سبق للمريض الإعتداء على الغير .

المراجع

- ١ - أحمد عبد الخالق (٢٠٠٢) ، الوسواس القهري - التشخيص والعلاج ، الكويت ، مجلس النشر العلمي .
- ٢ - أحمد عكاشة (١٩٩٨) ، الطب النفسي المعاصر ، القاهرة ، مكتبة الانجلو المصرية .
- ٣ - بيتر نوفاليس وآخرون (١٩٩٨) ، العلاج النفسي التدعيمي ، ترجمة عادل دمرداش ، لطفى فطيم ، القاهرة ، المجلس الأعلى للثقافة .
- ٤ - دفيد همسلى (٢٠٠٠) ، فحص الفصام فى كتاب : مرجع علم النفس الاكلينيكي للراشدين ، تحرير س. ليندراى ، ج. بول ، ترجمة صفوت فرج ، القاهرة ، مكتبة الانجلو المصرية ص ص ٣٤١ - ٣٥٨
- ٥ - دفيد همسلى (٢٠٠) علاج الفصام ، فى كتاب : مرجع فى علم النفس الاكلينيكي للراشدين ، تحرير س. ليندراى ، ج. بول ، ترجمة صفوت فرج ، القاهرة ، مكتبة الانجلو المصرية ص ص ٣٥٩ - ٣٨٠
- ٦ - سيلفانو أريتى (١٩٩١) ، الفصامى : كيف تفهمه وتساعدده ، ترجمة عاطف أحمد ، الكويت ، عالم المعرفة ، العدد (١٥٦) ، المجلس الوطنى للثقافة والفنون والآداب .
- ٧ - فرج طه ، حسين عبد القادر ، شاكركنديل ، مصطفى كامل (١٩٩٣) ، موسوعة علم النفس والتحليل النفسى ، القاهرة ، دار سعاد الصباح .
- ٨ - فرج طه (١٩٧٩) ، مبادئ علم النفس ، القاهرة ، مكتبة الخانجى .
- ٩ - محمد حسن غانم وآخرون (٢٠٠٣) أسس علم النفس العام ، القاهرة ، دار الاتحاد للنشر والتوزيع .
- ١٠ - مصطفى زيور (١٩٧٥) ، مصطلح زهان فى معجم العلوم الإجتماعية ، تصدير ومراجعة إبراهيم مذكور ، القاهرة ، الهيئة المصرية العامة للكتاب ، ص ص ٢٧٩ - ٢٨٠
- ١١ - لافندر ، واشن (٢٠٠٠) ، إعادة التأهيل والتدخل ، فى كتاب : مرجع فى علم النفس الاكلينيكي للراشدين ، تحرير س. ليندراى ، ج. بول ، ترجمة صفوت فرج ، القاهرة ، مكتبة الانجلو المصرية ، ص ص ٥٤٩ - ٥٦٤

- 12 - American psychiatric Association (2000) . **Diagnostic and statistical manual of menntal dicorders**, 4 eautian . washington DC.
- 13 - Kaplan. H., Sadock, B. (1996) **Pocket Hand book of clinical psychiatry**, london, willia Ms ap willns. second edition
- 14 - Kindler.s. Kaplan.2. Zohar, J. (1993) **obassive-compulsive symptoms in schi2ophrenia** in . E. Hallander (Edj. , obsessive - compulsive - related disorders, washington, DC : Amatican psychiatric press, pp. 203 - 214

الفصل الخامس

إضطرابات الشخصية

محتويات الفصل :

- وبائيات إضطرابات الشخصية.
- تعريف إضطرابات الشخصية.
- تصنيف إضطرابات الشخصية.
- أنماط إضطرابات الشخصية.
- أسباب إضطرابات الشخصية.
- علاج إضطرابات الشخصية.

الإضطرابات الشخصية

Personality disorders

مدى إنتشار إضطرابات الشخصية :

تنتشر إضطرابات الشخصية بأكثر مما نظن . والمشكلة إن كثيرا من الأفراد الذين نتعامل معهم ، ويديرون شئوننا قد يكونوا مصابين بأعراض إضطراب نمط معين من أنماط الشخصية ، ويمارسون أضرابهم وسلوكهم على الآخرين ويعتقدون أنهم يفعلون الصواب تجاههم .

فعلى سبيل المثال - لا الحصر - وجدت الدراسات ان أشخاص الذين يعانون من إضطراب الشخصية البينية (BPD) Border Line Personality Disorder يسود بينهم التفكير فى الإنتحار بل الإنتحار فعلا . فمن بين ٧٠٪ إلى ٧٥٪ من العملاء البينيين لديهم تاريخ سابق لمحاولة إنتحار واحده ورغم وجود ما يشير إلى إمكانية إقدامهم على الإنتحار إلا إن الملاحظات - فى الغرب - وجدت أن ما بين ٥٪ إلى ١٠٪ ينتحرون .

(مارشا لينهان وآخر ، ٢٠٠٢ ، ٩٥٧)

- إلا أنه فيما يتعلق باضطرابات الشخصية رصد الآتى :
- يتراوح إنتشار إضطراب الشخصية بين ٦ إلى ٩٪ .
- نجد أيضا العديد من مظاهر إضطرابات الشخصية لدى الأطفال إلا أنها تأخذ شكل إضطراب فى الطباع .
- إن إضطرابات الشخصية تبدأ فى الظهور فى أواخر مرحلة المراهقة وبداية سن الرشد .
- تتساوى نسبة إصابة الذكور مع الإناث فى إضطرابات الشخصية .
- تنتشر إضطرابات نفسية غير محددة فى أسر مرضى إضطرابات الشخصية .
- ثبت إن الوراثة تلعب دورا جزئيا ومحدودا فى إصابة الشخص بنمط من أنماط إضطرابات الشخصية .

(Ellison J. Shader, R., 1994 , P. 259)

ويكفى أن نشير إلى أن إضطرابات الشخصية قد أصبحت محورا مستقلا بداية من الدليل التشخيصي الثالث .
(DSM III . 1980)

* تعريف إضطرابات الشخصية :

أ - تعريف علم النفس :

يعرف الإضطراب في موسوعة علم النفس والتحليل النفسي بأن الإضطراب يعنى لغويا الفساد أو الضعف وهو لفظ يستخدم في مجال علم النفس بصفة عامة وفي مجال علم النفس الاكلينيكي بصفة خاصة وكذا في الطب النفسي . وهو يطلق على الإضطرابات التي تصيب الشخصية من ناحية التفكير أو الإنفعال أو السلوك ، ويعنى سوء توافق الفرد مع ذاته ، أو مع الواقع الإجتماعي الذي يحيا فيه .

إضافة إلى العديد من المظاهر - الأخرى - التي تصيب الشخصية من ناحية فقدان إترانها وثباتها الإنفعالي أو تمييزها بالعديد من السمات التي تميز كل نمط من أنماط إضطرابات الشخصية .

(فرج طه وآخرون ، ١٩٩٣ ، ٩٤)

ب - تعريف الطب النفسي :

١ - إضطرابات الشخصية نوع من الإضطرابات تصبح فيه سمات الشخصية غير مرنة ولا متوافقة ، وتسبب لصاحبها خلل ملحوظ في أداء وظائفه أو الشعور بالمعاناة ، وتظهر على هؤلاء المرضى أنماط متأصلة وثابتة وغير متوافقة في التعامل مع البيئة وإدراكها وفي التعامل مع أنفسهم وفي تصورهم لذاتهم .
(Kaplan & sadock, 1996 , P. 387)

٢ - تعرف إضطرابات الشخصية بأنها أنماط متصلة وغير متوافقة من السلوك المتأصل والمتغلغل في نسيج الشخصية ، والتي لا ترجع إلى إضطرابات المحور الأول أو الثالث ، أو إضطرابات تنتج عن مشكلات تتعلق بدور الشخص في ثقافته . وهذه الفئة من الأمراض تعود إلى إضطراب سمات الشخصية ، وليست تغيرا طارئا عليها . وقد يتخذ إضطراب السمة مظهرا سلوكيا ، أو إنفعاليا ، أو معرفيا ، أو حسيا ، أو ديناميا .

(Derksen , 1995 , P. 5)

تصنيف اضطرابات الشخصية :

سوف نعتمد في هذا الحيز على الدليل التشخيصي والاحصائي الرابع لاضطرابات الشخصية والذي بدوره قد قسمها إلى ثلاث فئات أو وظائف .

الطائفة (أ) : وتضم أنواع اضطرابات الشخصية التي تتصف بالغرابة والشذوذ، ويندرج تحت هذه الطائفة اضطرابات الشخصية . البارانويديه ، وشبه الفصامية ، والفصامية النوع .

الطائفة (ب) : وتضم هذه الطائفة كافة الشخصيات المضطربة والتي يغلب على سلوكها وسماتها : التهويل والمبالغة ، وتقلب الإنفعالات وعدم ثباتها وأيضاً عدم إتساق الإنفعالات مع الموقف . ويندرج في هذه الطائفة اضطرابات الشخصية ، النرجسية ، والمناهضة أو المضادة للمجتمع ، والشخصيات البينية .

الطائفة (ج) : ويغلب على الشخصيات التي تندرج في هذه الفئة ظهور القلق والمخاوف بصورة واضحة . وتضم هذه الطائفة الشخصيات الآتية المتجنبة ، الإعتيادية ، الوسواسية القهرية .

(APA., 2000)

أنماط اضطرابات الشخصية :

أولاً : الطائفة الأولى : الشخصيات الشاذة والغريبة (odd and eccentric)

١ - اضطرابات الشخصية البارانويديه Paranoid-personality Disorder
مدي إنتشارها :

- ينتشر هذا النمط من اضطرابات الشخصية ما بين ٥% إلى ٢٥% كما ينتشر هذا النمط من الاضطراب بين أقارب مريضى الفصام والاضطراب الضلالي .

- هذا النمط من الاضطراب وجد أنه أكثر إنتشاراً بين الذكور مقارنة بالإناث .

تعريف الشخصية البارانويديه : هو اضطراب شخصية يتميز بحساسية مفرطة نحو الهزائم والرفض ، وعدم مغفرة الإهانات ، وحمل الضغائن بشكل مستمر ، الشك في الآخرين ، وميل لتشويه الخبرات من خلال سوء تفسير الإفعال المحايدة على أنها عدوانية ، وعلى إعتقاد مستمر إن الجميع يريدون إلحاق الأذى به .

(أحمد عكاشة ، ١٩٩٨ ، ٥٧٣)

معايير تشخيص إضطراب الشخصية البارانونيدية وفقاً للدليل التشخيصي والإحصائي الرابع :

١ - الشك في أن الآخرين يقومون باستغلاله وإيذائه أو خداعه دونما إستناد إلى أدلة كافية .

٢ - الإنهماك في شكوك لا مبرر لها في ولاء الأصدقاء وكل المعارف وفي مدى استحقاقهم للثقة التي منحهم إياها .

٣ - العزوف عن الإفشاء بأسراره للآخرين خوفاً من إستغلالهم لهذه المعلومات ضده .

٤ - تراوده شكوك مستمرة في مدى إخلاص الزوجة أو من يماثلها من أشخاص يتعامل معهم .

٥ - يؤمن بأنه يتعرض لإعتداء على خلقه وسمعته ولا يشعر بذلك أحداً غيره . وهذا سيتوجب منه - بلاشك - سرعة الغضب والمبادرة برد الإعتداء (إنطلاقاً من المثل القائل : أتغدى بيهم قبل أن يتعشوا بك) .

٦ - لا يغفر الإهانة مهما كانت ويضمرها داخله .

٧ - ينقب عن معان خفية أو أخرى تنطوى على التهديد فيما يسمعه أو فيما يتعرض له من مواقف عادية .

٨ - يشعر بالإهانة والإزدراء بسهولة ويستجيب بالغضب والتهور بسرعة أو قد يقوم من فوره بمهاجمة الشخص الآخر الذي يعتقد أنه قد أهانه .

ملحوظات :

أ - لابد من توافر أربعة معايير (أو أكثر) من الأعراض السابقة حتى تتمكن من تشخيص هذا النمط من إضطرابات الشخصية .

ب - يشترط ألا يقتصر حدوث الأعراض السابقة أثناء مرض الفصام أو إضطراب وجداني مصحوب بأعراض ذهانية أو أى إضطراب نفسى آخر والا تكون نتيجة مباشرة لمرض عضوى .

ج - إن الصفات الأساسية المميزة لهذا النمط من الشخصية يتصف بالآتى :

- شك وارتياب في الآخرين .

- يفسر دوافع وسلوك الآخر على أنه شرير وعدواني .

- يبدأ الإضطراب في بداية سن الرشد .

- تظهر الأعراض السابقة وبصورة متكررة - في الكثير من المواقف الحياتية

والتفاعلات الإجتماعية التي تتم بين الشخص والآخرين .
(APA. , 2000)

٢ - اضطراب الشخصية شبه الفصامية :

schizoid personality Disorder.

مدي الانتشار : تتخذ وبائياته الصفات الآتية :

- يصيب حوالي ٥٪ من جملة السكان .
- يكثر حدوثه بين أفراد أسر لهم تاريخ سابق في الإصابة بمرض الفصام .
- يكثر حدوثه بين الذكور أكثر من حدوثه بين النساء .

تعريف اضطرابات الشخصية شبه الفصامية :

نمط متأصل من عدم الإكتراث بالعلاقات الإجتماعية والقدرة المحدودة على إستشعار الخبرات الإنفعالية والتعبير عنها والذي يبدأ من مرحلة الرشد المبكر ويظهر في مواقف مختلفة .

(spitzer. et al , 1990)

معايير تشخيص اضطراب الشخصية شبه الفصامية وفقا للدليل التشخيصي والإحصائي الرابع :

- ١ - لا يرغب في إقامة علاقات إجتماعية وثيقة مع الآخرين .
- ٢ - حتى أفراد أسرته لا يستمتع بعلاقته معهم ولا يسعى الى توثيق علاقته بهم .
- ٣ - يختار دوما أن يمارس الأنشطة الفردية والتي لا تتطلب وجود آخر يشاركه .
- ٤ - لا يهتم بشكل يذكر بإقامة علاقة جنسية مع أفراد الجنس الآخر .
- ٥ - لا يشعر بالمتعة من ممارسة أى نشاط تقريبا .
- ٦ - ليس لديه أصدقاء مقربون أو من يأتمنهم على أسرارهم .
- ٧ - لا يهتم بما يبديه الآخرون نحوه من مدح أو ذم .
- ٨ - يظهر عليه البرود العاطفي والتباعد عن الآخر وتسطيع الإنفعالات حيث يظهر عليه : التحفظ ، البرود ، نادرا ما يبادر غيره بتعبيرات الوجه أو الحركة مثل الابتسامة أو هز الرأس .

ملحوظات :

أ - لابد من توافر أربعة محكات أو علامات أو أعراض حتى يمكن أن نشخص الفرد في هذه الفئة .

ب - يشترط لتشخيصه الا يقتصر ظهور أعراضه على فترات من الإصابة بمرض الفصام ، أو إضطراب وجداني مصحوب بأعراض ذهانية ، أو إضطراب نفسي آخر ، أو إضطراب قصور النمو ، وإن لا يكون نتيجة مباشرة للإصابة بمرض عضوي .

ج - إن الصفات المميزة لهذا النمط من الشخصية يتصف بالآتي :

- عدم إقامة أى علاقات إجتماعية .
- التعبير الإنفعالي الضحل والمعدوم في المواقف الإجتماعية .
- تبدأ الإصابة بهذا النوع من الإضطرابات في مرحلة مبكرة من سن الرشد .
- تظهر الأعراض المميزة لهذا النوع من الإضطرابات في العديد من المواقف وبصورة متكررة .

(APA. , 2000)

٣ - إضطراب الشخصية فصامية النوع :

scho2otypal personality Disorder.

مدى إنتشارها : تتخذ وبائياته الصفات الآتية :

- تبلغ نسبة إنتشاره (٣ %) بين السكان .
- يزداد إنتشاره لدى الأشخاص الذين لديهم أقارب لهم تاريخ سابق من الإصابة بمرض الفصام .
- يزداد إنتشاره بين الذكور أكثر من الإناث .

(Kaplan, Sadick., 1996)

تعريفه :

هذا النمط من الشخصية يختلف عن الشخصية شبه الفصامية ، حيث أن الشخصية فصامية النوع تعنى بوجه عام أن الفصام قد تجسد في شخص يمارس حياته ظاهريا بالاسلوب العادى ، فهو شخص لا يبالي ولا يصنع علاقات بأى درجة من السطحية أو العمق ولا يشعر بثقل ظله على الآخرين ، ولا يعترف بأى مساحة خارج حدود ذاته ، ويسهم بشكل أو آخر في إعاقة نموه وبالتالي نمو من حوله .

(يحيى الرخاوى ، ١٩٧٩ ، ١١٥)

والشخصية شبه الفصامية نمط متغلغل من القصور فى الارتباط بالآخرين ،
وشذوذ التفكير والمظهر والسلوك التى تبدأ فى مرحلة الرشد المبكر وتظهر فى مواقف
متنوعة .

(spitser. , et al, 1990)

معايير تشخيص اضطراب الشخصية شبه الفصامية وفقا لمعايير الدليل
التشخيصى والإحصائى الرابع :

١ - الأفكار الإيمائية إلا أنها لا ترقى إلى مستوى الضلالات (والأفكار
الإيمائية تعنى أن الشخص يشعر أن الآخرون يتكلمون عنه ويختلف هذا عن
الضلالات الإيمائية لأن الشخص فى هذه الحالة يجزم بذلك ولا يكتفى بالشك فى أن
الآخرون يتحدثون عنه) .

٢ - المعتقدات الغريبة والتفكير السحرى الذى يؤثر على السلوك ولا يتوافق
مع معايير الثقافة التى ينتمى إليها الشخص (مثل الاعتقاد بالخرافات ، والأيمان
بمعرفة إن اشخاصا معينين يعلمون الغيب ، والإيمان بأماكنية التواصل عن بعد ،
واعتقاده بامتلاك ما يسمى بالحاسة السادسة) وإن الأشياء من الممكن أن تحدث
بمجرد التفكير فيها) .

٣ - غرابة التفكير والكلام (كأن يتصف حديث الشخص بالغموض ،
الاسترسال ، استخدام الاستعارة ، التعقيد ، النمطية) .

٤ - كثرة الشك والتفكير البارانونيدى .

٥ - عدم توافق الانفعال مع التفكير أو المواقف الحياتية .

٦ - إتصاف السلوك أو المظهر بالغرابة أو الشذوذ أو الخروج عن المألوف .

٧ - ليس لديه أصدقاء مقربون أو من يأتمنهم على أسرارهم .

٨ - خبرات حسيه غير مألوفة بما فى ذلك توهمات خاصة بشكل الجسم .

٩ - قلق إجتماعى مبالغ فيه يرتبط فى الغالب بمخاوف بارانونيديه بدلا من
الإنشغال بالأراء السلبية المتعلقة بالذات .

١٠ - الشعور بوجود قوة خفية حوله بالرغم من عدم قدرته على رؤية أحد
حوله .

١١ - يحدث أن يرى وجهه أو وجه شخص آخر يتغير أمامه فى المرآة .

ملاحظات :

- أ - لابد من توافر أربعة معايير (أو أكثر) من المعايير السابقة حت يمكن تشخيص الفرد وفقا لهذا النمط من الإضطرابات .
 - ب - يشترط لتشخيص هذا النمط إضطرابات الشخصية : عدم إقتصار ظهور أعراضها على فترات من الإصابة بمرض الفصام ، أو إضطراب وجداني مصحوب بأعراض ذهانية أو إضطراب قصور النمو .
 - جـ - إن الصفات المميزة لهذا النمط من إضطرابات الشخصية تتصف بالآتى :
 - القصور فى إقامة علاقات إجتماعية .
 - قصور فى العلاقة بالآخر (قدر الإمكان) .
 - الشعور بعدم الإرتياح تجاه أى علاقات تبدو وثيقة .
 - تدنى فى القدرة على إقامة أى علاقة .
 - وجود قدر كبير من النشوة المعرفى والإدراكى و غرابة السلوك (والتصرفات) .
 - تبدأ الإصابة بهذا النمط من إضطرابات الشخصية فى مرحلة الرشد المبكرة .
 - يمكن رصد العديد من الأعراض التى تميز هذا النمط من إضطرابات الشخصية فى مناسبات ومواقف متعددة .
- (APA. , 2000)

ثانيا : الشخصيات التى تتصف بالتهويل والإنفعالية وعدم الإتساق
(dramatic, emotional, erratic)

وتنقسم هذه الطائفة من الشخصيات إلى الأنواع الآتية :

- ١ - إضطراب الشخصية المضادة أو المناهضة للمجتمع أو غير الإجتماعية
Antisocial personality Disorder

مدى إنتشارها : حيث تتصف وبائيات هذا الإضطراب بالآتى :

- - يبلغ إنتشار هذا الإضطراب بين الذكور ٣٪
- يبلغ إنتشار هذا الإضطراب بين الإناث ١٪
- تزداد نسبة إضطراب الشخصية المناهضة للمجتمع وإضطراب التبدين وإدمان الخمر فى أسر بعينها .

- تشير دراسات التبني إلى وجود عامل وراثي يقود إلى حدوث هذا النمط من الإضطرابات .

- يزداد إنتشار هذا الإضطراب لدى الطبقات الإجتماعية ذات المستوى الإجتماعى والإقتصادى والثقافى المتدنى .
(Kaplan, H., sadock, B. , 1996)

التعريف :

هو إضطراب شخصية يتميز بعدم الإهتمام بالالتزامات الإجتماعية ، وإفتقاد الشعور مع الآخرين ، وعنف غير مبرر أو لا مبالاة وإستهتار . كما أنه متبلد الشعور لايبالى بالآلام الآخرين .. علماً بأن الكثير من الاعراض والسلوكيات المضادة للمجتمع تظهر منذ طفولة هذا الشخص .

(أحمد عكاشة ، ١٩٩٨)

معايير تشخيص إضطرابات الشخصية المناهضة للمجتمع وفقاً للدليل التشخيصى والإحصائى الرابع :

- ١ - كثرة الهروب (التزويغ) من المدرسة .
- ٢ - القيام بالهروب من البيت وأمضى ليلة أو أكثر خارج منزل والديه أو من يقومان بتربيته .
- ٣ - كثيراً ما يبدأ بالشجار مع الآخرين .
- ٤ - إستخدام سلاح أو أكثر فى أكثر من مشاجرة واحدة .
- ٥ - أجبر شخصاً على ممارسة الجنس معه .
- ٦ - القسوة فى إيذاء الحيوانات وتعمد ذلك .
- ٧ - القسوة وإيذاء الآخرين فى غير المشاجرات .
- ٨ - تعمد إشعال الحرائق .
- ٩ - كثرة الكذب (على أن لا يكون لتجنب العقاب البدنى أو الإعتداء الجنسى) .
- ١٠ - السرقة لأشياء ما ويدخل فى هذا السياق إمكانية التزوير وتوقيع إمضاء شخص آخر مثلاً) .
- ١١ - عدم الشعور بالندم .
- ١٢ - تبرير سلوكياته المضادة للمجتمع السابقة (مثل الكذب - الغش - السرقة - الإعتداء .. الخ) .

- ١٣- الإستهتار بسلامة النفس والغير (ولنا أن نتخيل أن مثل هذا الشخص مسؤول عن قيادة مركبة من مركبات المواصلات العامة) .
- ١٤- إتباع الخداع لتحقيق منافع شخصية (مثل إستعارة أسماء الغير ، الاحتيال والنصب على الآخرين .. الخ) .
- ١٥- التهور والإندفاعية .
- ١٦- عدم وجود أى تخطيط للمستقبل .

ملاحظات :

- أ - لابد من توافر ثلاثة معايير (أو أكثر) حتى يمكن التشخيص وفقا لهذا النمط من الإضطرابات .
- ب - الا يقل سن الشخص عن (١٨) عاما .
- ج- توافر العديد من الدلائل التى تشير إلى إصابته بإضطراب السلوك وقبل بلوغه سن (١٥) عاما .
- د - الا يقتصر ظهور السلوك المناهض للمجتمع على فترات الإصابة بالفصام أو بنوبة هوس .
- هـ - إن الصفات المميزة لهذا النمط من إضطرابات الشخصية يتصف بالآتى:
 - عجز عن الاستمرار فى العمل وبصورة مستقرة .
 - بطالة لمدة (٦) أشهر (بالرغم من توافر العمل وإمكانية التحاقه به) .
 - وإن التحق بالعمل فستجد إن السمه الأساسية الغياب المتكرر بالرغم من عدم وجود ما يستدعى غيابه .

(APA. , 2000)

سمات السيكيوباتيين : وجدت العديد من الدراسات أن النمط المضاد للمجتمع يتسم بالصفات الآتية :

- ١ - تظهر نزعاتهم منذ سن مبكرة فى صورة أعمال مضادة للخلق أو فى صورة تكبر ظاهر وعناد وتحذ لسلطة الكبار .
- ٢ - إنهم لا يستجيبون للعقاب أو التعلم أو العلاج ولذا فإنهم يقومون بهذه الأعمال المضادة بالحاح .
- ٣ - يرتكب السيكيوباتيون أعمالهم دون خجل وفى بعض الأحيان علانية . بل يفاخرون بها ، وليس فى مقدورهم أن يحتفظوا بسرية أعمالهم .
- ٤ - لا ينتفعون من التجربة السابقة . كما أنهم يعيشون فى ملذات الحاضر وتجرفهم أهواء اللحظة الراهنة . كما أنهم لا يعبأون بالنتائج التى يتعرضون لها .

- ٥ - يرتكبون جميع أنواع الجرائم، أى أنهم لا يتخصصون فى جريمة بعينها.
- ٦ - الجرائم السيكوباتية لا معنى لها . أى أنهم يكذبون من أجل الكذب فى حد ذاته وكذلك الامر فى السرقة والنصب والإحتيال (متعة الكذب من أجل الكذب وليس لأغراض أخرى) .
- ٧ - على الرغم من إستمرار سلوكهم المضاد للمجتمع إلا أنهم يبدون أمام الغرباء كقوم ظرفاء .
- ٨ - سوء السلوك عند السيكوباتيين له صفة الإدمان بعكس المجرمين الذين يظهر سلوكهم السيئ فى نوبات متقطعة لانهم ينتظرون خير فرصة لارتكاب جرائمهم دون إفتضاح .

(فرج طه ، ١٩٧٩ ، ٩٧ - ٩٨)

٢ - إضطراب الشخصية البينية :

Borderline persoality Disorder

- مدى الانتشار :** تشير وبائيات هذا النمط من إضطرابات الشخصية إلى :
- بداية يتفق الأخصائيون الاكلينيكيون على أن تشخيص إضطراب الشخصية البينية وعلاجها من الأمور المثيرة للتحدى وصعوبة العلاج .
 - إن الإقدام على علاج مثل هذا النمط من الإضطرابات لا يقدم عليه المعالجون وإذا أقدموا أقدموا فى رهبة ووجل .
 - إن السبب فى الاحجام عن علاج مثل هذا النمط من الإضطرابات يتمثل فى أمرين :
 - أ - زيادة عدد المنتحرين من بين الذين يعانون من هذا النمط من الإضطرابات .
 - ب - إن المريض قد يقدم على الإنتحار دون وجود تاريخ سابق أو مؤشرات تشير إلى حدوث هذا الفعل .
- (الينهان ، كيهـرر ، ٢٠٠٢ ، ص ٩٥٥)
- يصيب هذا الإضطراب حوالى ٢ ٪ من إجمالى السكان .
 - أكثر إنتشارا بين الإناث .
 - ترتفع نسبة حدوث إضطراب الوجدان وتعاطى المخدرات بين افراد أسر المرضى .

— يزداد إنتشار اضطراب الشخصية البينية بين أمهات مرضى هذا
الاضطراب .

(Kaplan, H., sadock, B., 1996)

تعريفه :

هونمط متغلغل من عدم الإستقرار الإنفعالي ، وعدم إستمرار العلاقات مع
الآخرين ، وعدم ثبات صورته عن ذاته ، والذي يبدأ في مرحلة الرشد المبكرة .

(spitser., et ap , 1990)

مع الأخذ في الإعتبار أن هذا النمط من اضطرابات الشخصية تزايد به الإهتمام
مؤخرا للعديد من العوامل :

- إن تعريف هذا النمط من الإضطراب يكتنفه العديد من الإختلاف والتعقيد .
 - كثيرا ما يتم الخلط بينه وبين العصاب والذهان واضطرابات الشخصية
الأخرى ، والاضطرابات المعرفية .
 - لذلك فأن مسح البحوث السابقة في هذا المجال قد أكدت أن أكثر من ٤٠ %
من الدراسات والبحوث قد تم تخصيصها لدراسة اضطرابات الشخصية البينية .
- (Wi digen ., T. Francen. A. , 1989 . P: 8)

تشخيص اضطرابات الشخصية البينية وفقا لمعايير الدليل التشخيصي
والإحصائي الرابع :

- ١ - نمط من العلاقات الإجتماعية غير المستقرة والعميقة مع الآخرين
تتصف بالتقلب بين التطرف في الاعجاب والتطرف في التحقير .
- ٢ - السلوك المندفع في مجالين - على أقل تقدير - يتصفان بالإضرار
بالذات مثل :

- التبذير إلى درجة السفه .
- المبالغة في ممارسة الجنس .
- تعاطي المخدرات .
- إختلاس المعروضات .
- الاستهتار في القيادة .
- نوبات من الإفراط في تناول (أو التهام الطعام) .
- ٣ - عدم إسقرار الإنفعال . حيث نجد إنحرافات واضحة عن الحالة الإنفعالية

المعتادة بإتجاه الإكتئاب أو العصبية أو القلق الذى يستغرق فى العادة ساعات قليلة ولا يتجاوز بضعة أيام فى أحوال نادرة .

٤ - عدم القدرة على التحكم فى الغضب ، أو الغضب دون مبرر ، فيثور كثيرا على سبيل المثال ، أو يغضب بصورة مستمرة ، أو يتشاك بالأيدي مع غيره بصورة مستمرة .

٥ - التهديد بالانتحار أو التظاهر بمحاولته أو القيام به أو السلوك الهادف إلى تشويه صورة الجسم .

٦ - اضطراب ملحوظ ومستمر فى إدراك الهوية والذى يتضح من عدم تأكد من اثنين على الأقل من (المواضع) الآتية :

- تصوره عن ذاته .

- اتجاهاته الجنسية .

- أهدافه البعيدة .

- إختياره للمهنة .

- نوع الأصدقاء الذين يريدونهم .

- قيمه المفضلة والتى يؤمن بها .

٧ - تفتابه مشاعر من الخواء النفسى والملل المزمن (دون وجود سبب خارجى واضح) .

٨ - جهود محمومه تهدف إلى منع قيام شخص آخر بتركه فى الواقع أو الخيال (ولذا قد يقوم بالعديد من السلوكيات مثل الإستعطاف) والتى تهدف إلى محاولة إيقاف الطرف الآخر معه وإن لا يفارقه .

٩ - ظهور أفكار إضطهادية بصورة عابرة عند التعرض للضغوط النفسية .

ملحوظات :

أ - لابد من توافر خمسة معايير (أو أكثر) من المعايير السابقة حتى يتم تشخيص الشخص وفقا لهذا النمط من الإضطراب .

ب - يتسم هذا النوع من الإضطرابات بالصفات الآتية :

- نمط متأصل من عدم إستقرار العلاقات مع الآخرين .

- تهور ملحوظ وإندفاعية هوجاء تجاه الآخر أو الذات .

- يظهر هذا الإضطراب فى سن الرشد المبكرة .
- يظهر هذا النمط من الإضطراب فى الكثير من المواقف والتفاعلات مع الآخرين .

(APA. , 2000)

٣ - إضطراب الشخصية الهستيرى :

Histrionic personality Disorder

مدى الانتشار : تتلخص وبائيات هذا الإضطراب فى الصفات الآتية :

- ينتشر بنسبة ٢ - ٣ بين السكان .
- أكثر إنتشار بين الإناث .
- يندر تشخيصه بين الذكور .
- يقدر أحمد عكاشة إن نسبة الانتشار تصل إلى حوالى ١٠ ٪ بين أفراد الشعب المصرى ، ويحتمل إرتفاع نسبة وجود هذا الإضطراب لدى النساء (دون الرجال) إلى حوالى ٣٠ ٪ .

(أحمد عكاشة ، ١٩٩٨)

تعريف إضطراب الشخصية الهستيرى :

هو نمط سائد يتصف بالتهور ، والإنفعالية ، والنزوع إلى الاقتصار على العموميات دون التطرق إلى التفاصيل فى الحديث ولذا فإن الشخصية الهستيرية ليست مرضا ولكنها تقلب فى العاطفة وتغير سريع فى الوجدان لاتفه الأسباب ، إضافة إلى سرعة التأثر بالأحداث اليومية . والاعبار المثيرة بل يرسمون خططهم وفقا لهذه الحالة الإنفعالية ، كما أنها تتميز : بالأنانية ، رغبة فى الظهور ، استجلاب الإهتمام ، المحاولات المستمرة والدائمة للفت إنتباه الآخرين ، وحب الإستعراض والمبالغة فى : الكلام ، الملابس ، الزينة والتبرج ، إضافة إلى تأويل الكثير من الظواهر العادية إلى صفات تتصل بالجنس .

(أحمد عكاشة ١٩٩٨)

تشخيص إضطرابات الشخصية الهستيرية وفقا لمعايير الدليل التشخيصى والإحصائى الرابع :

- ١ - السعى إلى المديح بصورة غير عادية .
- ٢ - يبدى من مظهره أو سلوكه الرغبة فى الإغراء الجنسى بصورة غير لائقة .
- ٣ - شديد الإهتمام بجاذبية مظهره ، ولذا يشعر بضيق شديد إذا لم يك موضوع تقدير وإهتمام الآخرين .

- ٤ - يظهر إنفعالاته بصورة مبالغ فيها (وربما غير لائقة) .
- ٥ - يشعر بعدم الإرتياح فى المواقف التى لا يكون فيها محط أنظار وإهتمام الآخرين .
- ٦ - الانانية ، حيث تهدف أفعاله الى الحصول على المتعة الفورية لأنه - بطبيعته - لا يتحمل التأجيل ، أو الاحباط الناتج عن تأجيل الحصول على المتعة .
- ٧ - تتصف طريقة كلامه بعدم الموضوعية أو الإنطباعية الشديدة ، قلة التفاصيل .
- ٨ - سهل التأثير بالإيحاء أو بأفكار الآخرين والمواقف الاستهوائية .
- ٩ - يعتبر علاقاته بالغير أكثر حميمة مما هى عليه بالفعل .

ملاحظات :

- أ - لابد من توافر خمسة معايير (أو أكثر) من الأعراض السابق ذكرها حتى يمكن تشخيص هذا النمط من الإضطراب .
 - ب - يتسم هذا النوع من الإضطراب بالصفات الآتية :
 - يبدأ عادة فى مرحلة مبكرة من سن الرشد .
 - يتسم بفرط الانفعال .
 - يهدف إلى لفت أنظار الآخرين .
 - يظهر فى العديد من المواقف المختلفة ومن خلال تفاعلاته مع الآخرين .
- (APA. , 2000)

٤ - إضطراب الشخصية الـرجسية :

narcissistic personality Disorder

مدى الإنتشار : تتصف وبائيات هذا الإضطراب بالآتى :

- هذا الإضطراب يصيب نسبة تقل من ١ ٪ من السكان .
- من الأمراض المزمنة ، صعبة العلاج .
- يؤدي هذا المرض إلى المضاعفات الآتية :
 - إضطراب الوجدان .
 - حالات ذهانية عابرة .
 - الإضطرابات جسدية الشكل .
 - إضطراب تعاطى المواد المخدرة .

— المآل لا يدعوا إلى التفاؤل .

تعريف إضطراب الشخصية النرجسية :

نمط متغلغل من الشعور بالعظمة فى الخيال ، ويتضح من سلوكه عدم قدره على الشعور بمشاعر الغير ، حساسية مفرطة لآراء الآخرين فيه ، نمط يبدأ فى مرحلة الرشد المبكرة . إضافة إلى شعور بالخلاء والانشغال المفرط فيما يتعلق بتقدير الذات .
(Kplan, Sadock. , 1996)

معايير تشخيص إضطراب الشخصية النرجسية وفقاً لمعايير الدليل التشخيصى والإحصائى الرابع :

- ١ - تتصف ردود أفعاله للنقد بالشعور بالغضب والخزى أو المهانة حتى لو لم يعبر عنها .
- ٢ - تضخم إحساس الشخص بأهميته حيث المبالغة فى وصف إنجازاته ومواهبه ، مع التوقع أن يعترف الآخرون بتفوقه دون قيامه بما يتفق مع ذلك .
- ٣ - إنشغاله بخيالات النجاح الذى لا يعرف حدوداً ، والقوة ، الالامعیه والجمال ، والحب العذرى .
- ٤ - يطالب بالحصول على الإعجاب الشديد إلى درجة إستجداء المديح من الآخرين .
- ٥ - يشعر بأن له حقوق لا يستحقها بالفعل (مثل : توقعاته غير المعقوله بأن يلقي معاملة خاصة ، أو أن تقابل توقعاته بالطاعة العمياء) .
- ٦ - يستغل علاقاته بالآخرين كأن يستفيد من علاقته بهم فى تحقيق مآربه الخاصة .
- ٧ - يفتقر إلى التعاطف ، وليس لديه إستعداد للإعتراف بمشاعر الغير وحاجاتهم أو التعرف بها .
- ٨ - كثيراً ما يحسد غيره أو يعتقد إن الآخرين يغارون منه .
- ٩ - يتصف سلوكه بالغطرسة والخلاء .

ملاحظات :

أ - لا بد من توافر خمسة معايير (أو أكثر) حتى يتم التشخيص وفقاً لهذه الفئة (من الأعراض السابقة) .

ب - يتسم هذا النوع من الإضطراب بالصفات الآتية :

- نمط متأصل يتصف بالخلاء (فى الخيال أو تظهر فى السلوك) .
- الحاجة إلى إستمرار إعجاب الآخرين به ومدحه .

- إنعدام التعاطف (الحقيقى النابع من الداخل) تجاه الآخرين .
- يبدأ هذا الإضطهاد فى سن الرشد المبكرة .
- يظهر فى العديد من المواقف الحياتية والمعاشة وتجاه تفاعلاته مع الآخرين .
(APA. , 2000)

ثالثا : شخصيات تتصف بالخوف والقلق :

- ١ - إضطراب الشخصية الوسواسية القهرية :
obsessive - compulsive personality Disorder

مدى الإنتشار : تتصف وبائيات هذا الإضطراب بالآتى :

- يصيب الذكور أكثر من الإناث .
- إحتمال وجود عامل وراثى .
- إرتفاع تطابق حدوثه فى التوأمين أحادى البويضة .
- أكثر حدوثا بين أكبر الإبناء (فى الغالب) .
(Kaplan. Sadock. , 1996)

وفى مصر يلخص الموقف أحمد عكاشة كالآتى :

- وجد أن بعض أولاد المرضى بالوسواس القهرى يعانون من نفس المرض ، هذا غير باقى أفراد العائلة الذين يعانون من الشخصية القهرية وقد وجدت فى دراسة حديثة أن التاريخ العائلى لمرضى الوسواس القهرى فى مصر يظهر فى (١٦) مريض من (٨٤) حالة أى حوالى ٣٠ % .

تبين حديثا أن الشخصية القهرية لا تظهر إلا فى حوالى ٢٠ - ٢٥ % من حالات الوسواس القهرى ، وأنه كثيرا ما يسبق الإضطرابات شخصيات أخرى مثل : الشخصية الاعتمادية والبيئية أو شبه الفصامية وكذلك أنماط مختلفة .

- أتضح أن مرض إضطرابات الشخصية فى مصر - فى دراسة حديثة - يأتون بين سن ٢٠ - ٤٠ عاما .

- يغلب على الشخصيات الوسواسية القهرية فى مصر طابع الطقوس الحركية وخصوصا تلك المتعلقة بالنظافة والتلوث وما يتبعها من مخاوف وإن ذاك له صلة بالناحية الدينية .

- وجد فى مصر - دراسة حديثة - إن ٨ % من الحالات المصابة بالوسواس

القهرى قد تحولت في غضون خمس سنوات من الوسواس القهرى إلى أعراض ذهان
الفصام .

(أحمد عكاشة ، ١٩٩٨)

تعريف إضطراب الشخصية الوسواسية القهرية :

إضطراب شخصية يتميز بعدم الإستقرار على رأى والشك والحذر الشديد مما
يعكس عدم أمان شخصى عميق . إضافة إلى الحاجة إلى التأكيد المتكرر من الأشياء .
وإنشغال مفرط بالتفاصيل لا يتناسب وأهمية المهمة ولدرجة تفقد معها الرؤية للموقف
الأوسع ودقة مفرطة وضمير حى . وإنشغال غير ضرورى بالإنتاجية الشخصية لدرجة
إستبعاد المتعة والعلاقات الشخصية . إضافة إلى تميزها بالنظام الشديد ، والدقة
المتناهية فى الأمور والمطالبة بالمثل العليا واحترام التقاليد مع ميلهم للصلابة فى
الرأى وعدم المرونة فى معاملة الناس ويميلون للروتين . وإن اختلفت أحد معهم فى
شئ من ذلك أتهموه بالإهمال وإنعدام الضمير . وهم يحاسبون أنفسهم على أتفه
الأشياء ولا يكادون يخلدون إلى الراحة يبدأون فى لوم أنفسهم . إضافة إلى الميل إلى
التكرار والتأكد من كل عمل ، إضافة إلى أهتمام مبالغ فيها بمسألة نظافة المسكن
 والملبس ، إضافة إلى ميلهم إلى القراءة فى المسائل الطبية .

(أحمد عكاشة ، ١٩٩٨) ، (أحمد عبد الخالق ، ٢٠٠٢)

معايير تشخيص إضطراب الشخصية القهرية وفقا للدليل التشخيصى الإحصائى الرابع :

- ١ - الإنشغال بالتفصيلات والرائح والقوائم والتنظيم والجداول ، بحيث يغيب
عن ذهن الشخص الهدف النهائى من النشاط المطلوب .
- ٢ - السعى وراء الكمال لدرجة تحول دون إكمال المهام أو العمل (عدم القدرة
على إنهاء المهمة بسبب عدم إنطباق معايير الصارمة عليها ، إضافة إلى إنفاق وقت
أطول فى إتمام العمل رغبة منه فى الوصول به إلى درجة الكمال المطلق) .
- ٣ - يبالغ فى تكريس نفسه للعمل والإنتاج ، متغاضيا عن الأنشطة الترفيهية
والصداقات (شرط الا يكون عدم ممارسته للأنشطة ناتج عن عسرة المالى) .
- ٤ - يقظة الضمير ، وفرط الإحتشام ، وعدم المرونة فيما يتعلق بالموضوعات
التي ترتبط بالأخلاق والقيم (بشرط إلا يكون السلوك السابق مفروضا عليه من ديانته
أو طبيعة الثقافة التي يعيش فى كنفها) .
- ٥ - العجز والتردد وعدم التخلص من الأشياء المستهلكة أو عديمة القيمة حتى

وأن لم يكن لها أى ذكريات عاطفية أو إنفعالية .

- ٦ - العزوف عن تفويض غيره فى القيام بإى عمل يخصه ، أو حتى مساعدته فى العمل ما لم يضع اللوائح والتفاصيل لتفويق الآخر بأداء جزء من العمل .
- ٧ - البخل فى الإنفاق على النفس والغير . بل يرى أن النقود (أشياء ثمينة وعظيمة) يجب تكديسها تحسبا لكوارث قد تحدث فى المستقبل .
- ٨ - يتصف سلوكه بالجمود والعناد والصلابة وعدم المرونة .
- ٩ - نادرا ما يظهر القدرة على التعبير الانفعالى وإظهار العواطف الرقيقة أو لا يظهرها على الإطلاق (ولذا قلما يحتضن أو يقبل اعزاء ونادرا ما يبدي الحب والود لهم) .

ملاحظات :

- أ - لابد من توافر أربعة معايير (أو أكثر من المعايير السابقة حتى يمكن التشخيص .
- ب - يتسم هذا النوع من الإضطراب بالآتى :
- الإنشغال المفرط بالنظام والكمال .
- القدرة على التحكم فى التفكير والعلاقات الإجتماعية .
- يتميز بالصلابة ، والعناد والإصرار على رأيه .
- يظهر هذا الإضطراب فى بداية سن الرشد المبكر .
- يظهر هذا الإضطراب (من خلال رصد إعراضه السابقة) فى الكثير من المواقف والتفاعلات الإجتماعية .

(APA. , 2000)

٢ - إضطراب الشخصية المتجنبة :

Avoidant personality Disorder

مدى الإنتشار :

- تبلغ نسبة إنتشارها بين السكان من ٥ ٪ إلى ١ ٪ .
- من العوامل التى تمهد لهذا الإضطراب : إضطراب الطفولة والمراهقة المتجنب ، والأمراض الجسدية المؤدية إلى التشويه .
- تعريفها : نمط متغلغل من الشعور بعدم الإرتياح الإجتماعى ، تتسم بالخنوع

والإعتماد على غيرها ، والخوف من التقييم السلبي بواسطة الآخرين والخجل والذي يبدأ في مرحلة الرشد المبكرة .

(spit2en. et al, 1990)

معايير تشخيص إضطراب الشخصية المتجنية وفقا للدليل التشخيصي والإحصائي الرابع :

- ١ - تجنب الأنشطة المهنية والتي تتطلب التعامل مع الجمهور ، لخوفه من : النقد ، أو عدم الرضا عنه ، أو رفضه .
- ٢ - لا يقيم أى علاقة مع أى شخص إلا إذا أخذ الضمانات والتأكيدات من أن هذا الشخص سوف (يحبه) ولا ينتقده .
- ٣ - متحفظ تجاه العلاقات الوثيقة خشية تعرضه للسخرية أو إشعاره بالحزن .
- ٤ - منشغل دوماً بإمكانية تعرضه للنقد أو الرفض في المواقف الإجتماعية .
- ٥ - شعوره بالكف في المواقف الإجتماعية الجديدة الاحساس بعدم كفاءته (ولذا يخش النطق بكلام سخيـف أو غير مناسب لدرجة إنه يتهرب من الإجابة على بعض الأسئلة) .
- ٦ - ينتابه إحساس دوماً بأنه أحمق ، وأن مظهره منفر وأنه دوماً أقل وأدنى من الآخرين .
- ٧ - يحجم بشكل غير عادى عن الإقدام على المخاطرة الشخصية أو ممارسة أى نشاط جديد خشية أن يسبب له الحرج .
- ٨ - ليس لديه أصدقاء حميمين أو من يأتهمهم على أسرارهم .
- ٩ - يبالغ في الصعوبات أو الأفكار أو المخاطر المحتملة والمتعلقة بقيامه بأشياء عادية ولكنها لا تدخل ضمن نطاقه المعتاد (مثال : يلغى في أخر لحظة حضوره لحفلة لتوقعه الشعور بالإرهاق من المجهود الذى سيبدله للوصول إلى مكان الحفلة) .

ملاحظات :

- أ - لابد من توافر أربعة معايير (أو أكثر) من المعايير السابقة حتى يمكن تشخيص الشخص وفقا لهذا النمط من الإضطراب .
- ب - لعل أهم السمات الأساسية التى تسود أصحاب هذا النمط من الإضطراب :

- سيادة مشاعر بعدم الكفاءة .

- فرط الحساسية لأي نقد أو تقييم سلبي .
- يبدأ هذا الإضطراب في سن الرشد المبكرة .
- يظهر هذا الإضطراب في العديد من المواقف والتفاعلات الإجتماعية للشخص .

(APA. , 2000)

٣ - إضطراب الشخصية المعتمدة على غيرها : Dependent personality Disorder

مدى إنتشارها :

- أكثر إنتشارا بين الإناث مقارنة بالذكور .
 - إضطراب شخصية شائع (وإن كانت الدراسات لم تحدد النسبة بعد) .
 - من العوامل المضيئة لهذا الإضطراب إمكانية إصابة الشخص بمرض عضوى مزمن أثناء مرحلة الطفولة ، أو معاناته من قلق الانفصال عن الأم .
- (Kaplan, H. , & sadock, 1996)

تعريف إضطراب الشخصية المعتمدة على غيرها :

إضطراب شخصية تتميز بأعتماد شامل على الآخرين أو السماح لهم بتولى مسؤولية جوانب هامة في حياة الشخص ، وتسخير الإحتياجات الذاتية للآخرين الذين يعتمد عليهم الشخص أو رضوخ غير مبرر لرغباتهم إضافة إلى إحساسه بعدم الكفاءة ، أو إلى إنشغال بالخوف من الناس كي لا يهجوّه والإحساس بعدم الراحة عندما يكون وحيدا ، والإحساس بالكارثة حين تنفصم علاقة حميمة مع آخر ، إضافة إلى إلقاء التبعية والمسؤولية على الآخرين دوما . مع إفتقاد إلى الثقة في النفس والإحساس بالعجز وعدم القدرة على إتخاذ القرارات .

(أحمد عكاشة ، ١٩٩٨)

معيير تشخيص إضطراب الشخصية المعتمدة على غيرها وفقا للدليل

التشخيصى والإحصائى الرابع :

- ١ - يشعر بصعوبة في إتخاذ قرارات الحياه اليومية دون اللجوء إلى نصح الآخرين وطمأننتهم بصورة مبالغ فيها .
- ٢ - يحتاج في أحيان كثيرة أن يتولى غيره المسؤولية بشأن جوانب رئيسية من حياته .

- ٣ - يجد مشقة في التعبير من اختلافه في الرأي مع الآخرين لخوفه من فقدان دعمهم أو رضاهم عنه .
- ٤ - يصعب عليه المبادرة بالقيام بأعمال جديدة أو الإضطلاع بالمهام مع تحمل المسؤولية (ويستند الشخص إلى عدم ثقته في صحة حكمه على الأمور ، في قدراته وليس لإنعدام دافعيته أو نشاطه) .
- ٥ - يبذل جهدا كبيرا للحصول على رعاية الآخرين ومساندتهم إلى حد تطوعه للقيام بمهام (مزعجه) .
- ٦ - يشعر بعدم الإرتياح والعجز عندما يكون بمفرده لمخاوف مبالغ فيها من عدم تمكنه من رعاية نفسه .
- ٧ - يبحث بالحاح عن علاقة جديدة كمصدر لرعايته ومساندته عند إنتهاء علاقة وثيقة تربطه بشخص آخر .
- ٨ - ينشغل بصورة غير واقعية بمخاوف تركه ليتولى رعاية نفسه بنفسه .

ملاحظات :

- أ - لابد من توافر أربعة معايير (أو أكثر) حتى يتم التشخيص
- ب- من أهم الصفات لهذا النمط من اضطرابات الشخصية وهو :
 - فرط الحاجة إلى أن يراعاه الآخرون .
 - الخضوع والإلتصاق بالغير .
 - تفتابه مخاوف الانفصال .
 - يبدأ هذا الإضطراب في سن الرشد المبكرة .
 - يتبدى في العديد من المواقف والتفاعلات الإجتماعية مع الآخرين .

الطائفة الرابعة : اضطرابات شخصية لم يسبق تصنيفه .

ملحوظة : هذه الاضطرابات الخاصة بهذه الفئة غير مدرجة في الدليل الرابع حاليا أو تخضع للبحث أملا في أن تضاف إليه في الإصدار القادم ولذا تقدم محاولة للوقوف علي أهم أعراض وسمات هذه الاضطرابات الشخصية والذي لم يسبق تصنيفه

٥ - اضطرابات الشخصية السلبية العدوانية :

Passive Aggressive Personality Disorder

مدى إنتشارها :

- لا توجد نسب محددة توضح مدى الإصابة بهذا الاضطراب .
- إصابة الفرد باضطراب التحدى والعناد فى الطفولة (كسمة) يمكن أن أخذه كمؤشر لإصابة الفرد - فيما بعد - باضطراب الشخصية السلبية العدوانية .
(Kaplan, H, & sadock, 1996)

تعريفها :

نمط متغلغل من المقاومة السلبية لما يطلب منه من أداء إجتماعى أو مهنى ناف ، حيث يكون الفرد متباطئا فى إيجازه للأعمال ، ويصبح كثير الجدل عندما طلب منه فعل شئ لا يريده ، إضافة إلى (تعتمد نسيانه) الأعمال والوعود التى عاهد نفسه مع الوفاء بها بحجة أنه قد نسى ذلك (Cpitsen. , et al , 1990)

معايير تشخيص اضطراب الشخصية السلبية العدوانية وفقا للدليل التشخيصى

الإحصائى الرابع :

- ١ - يتخذ المقاومة السلبية سلاحا له عند تنفيذ المهام الروتينية والإجتماعية المهنية .
- ٢ - دائم الشكوى من أن الآخرين لا يقدرّون حقيقة ما يقوم به من الأعمال عنافة إلى عدم تقديرهم له التقدير الذى يستحقه .
- ٣ - دائم الامتناع وكثير التبرم (والقرف) .
- ٤ - دائم النقد والسخرية لرؤساءه ، ويسخر منهم دون مبرر .
- ٥ - دائم الحسد والسخط تجاه الشخص الأفضل منه حظا ومكانة .
- ٦ - دائم الشكوى من سوء الحظ الذى يلزمه .
- ٧ - يتقلب سلوكه ما بين التحدى العدوانى للآخرين أو إبداء الندم على ما اقترفه من سلوك .
- ٨ - يتبرم من الإقتراحات المفيدة التى يتقدم بها الغير حول كيفية تحسين تاجه .
- ٩ - يعرقل جهود الآخرين بسبب عدم إيجازه لمهامه .

ملاحظات :

- أ - لابد من توافر أربعة معايير (أو أكثر) حتى يتم التشخيص وفقا لهذا النمط من إضطرابات الشخصية .
 - ب - لعل أهم سمات هذا الإضطراب الآتى :
 - نمط متأصل في الشخصية يتصف بالمقاومة السلبية .
 - تعطيل الأعمال وتعتمد تأخرها .
 - التبرم عند أى توجيه لتحسين العمل .
 - هذا الإضطراب يبدأ فى سن الرشد المبكرة .
 - يتبدى فى العديد من المواقف والتفاعلات التى تتم بين الشخص والآخرين .
- (APA. , 2000)

٦ - إضطراب الشخصية المكتئبة :

Depressive Personality Disorder

مدى الانتشار :

- إضطراب شائع . ولكن غالبا لا توجد بيانات يمكن الإعتماد عليها .
 - الوضع فى مصر كالاتى :
 - * من ٥٠ - ٧٠ ٪ من محاولات الإنتحار الناجحة بين المجموع العام (للشعب المصرى) سببها هذا الإضطراب .
 - * يعانى أكثر من عشرة ملايين فرد فى عالمنا العربى من الإضطرابات المزاجية والإكتئابية .
 - * فى دراسة ميدانية وجد أن نسبة الأعراض الإكتئابية فى مصر وبين مجموعة ريفية حوالى ٣٦ ٪ مقارنة مع مجموعة من الحضر حوالى ٣٢ ٪ . أما الإضطرابات الوجدانية (بمختلف صورها الأخرى) فقد تراوحت بين ٤ - ٧ ٪ .
- (أحمد عكاشة ١٩٩٨)

تعريف إضطراب الشخصية المكتئبة :

نمط من الشخصية يتميز صاحبه بالإحساس بالعجز واليأس معا ، كما أنهم يقدمون أنفسهم على أنهم أقل فعالية وكفاءة مما هم عليه فى حقيقة الأمر إضافة إلى غياب التقدير أو إعتبار الذات المبني ، داخليا أو المبني داخل البناء النفسى للفرد . مع

سمات : التشاؤم ، فقدان الشعور بالمتعة ، الالتزام المفرط بأداء الواجب ، والشك في قيمة ما يفعل مع شعور مزمن بالتعاسة والشقاء . وإستجابة مفرطة بالإنهيار لأقل إحباط .

(أنطوني ستور ، ١٩٩١)

معايير تشخيص إضطراب الشخصية المكتئبة وفقا للدليل التشخيصي والإحصائي الرابع :

١ - سيطرة مشاعر البؤس والكآبة وإنعدام المرح والسعادة والتعاسة كسمات أساسية تميز مزاج الشخص .

٢ - تنشغل الذات بمفاهيم ومعتقدات تدور حول عدم الكفاءة وتفاهة الشأن والدونية .

٣ - تتصف إتجاهات الشخص نحو نفسه بالنقد واللوم والتهوين من شأنه والخط من إعتبار الذات وقيمتها .

٤ - دائما ما تسيطر على أفكار الشخص التفكير التشاؤمي والقلق .

٥ - يتسم بالسلبية تجاه الآخرين مع نقد لاذع لهم .

٦ - يعد التشاؤم العنوان الرئيسي للشخص المصاب بهذا الإضطراب .

٧ - حساسية مفرطة للمواقف مع سرعة الشعور بالذنب والندم .

ملاحظات :

أ - لابد من توافر خمسة معايير (أو أكثر) حتى يتم التشخيص وفقا لهذا النمط من الإضطراب .

ب - يشترط التشخيص ، عدم إقتصار ظهور الأعراض السابقة على نوبات الإكتئاب الجسيم ، والا يفسرها وجود مرض عقلي آخر .

ج - أهم سمات هذا النمط من الإضطراب :

- إكتئاب يسيطر على التفكير والمزاج والسلوك .

- يبدأ هذا الإضطراب في سن الرشد المبكرة .

- يظهر في العديد من المواقف والتفاعلات بين الشخص والآخرين .

(APA, 2000)

٦ - اضطراب الشخصية الهازمه لذاتها :

Self defeating Personality Disorder

مدى إنتشارها :

- لا توجد بيانات دقيقة يمكن الاعتماد عليها لتحديد مدى إنتشارها هذا النمط من الاضطراب .

- كثير ما تعود إلى إعتداء أحد الوالدين عليه في الطفولة .

تعريف اضطراب الشخصية الهازمة لذاتها : نمط متغلغل من السلوك الهازمة للذات ، حيث يتصف الشخص بتجنب أو إفساد للخبرات الممتعة ، ويسعى لأن يستدرج لمواقف أو علاقات تسبب له المعاناه ، ويمنع الآخرين من مساعدته أو وضع نفسه في مواقف تسبب له القهر والمعاناه .

تشخيص الشخصية الهازمة للذات وفقا للدليل التشخيصي والإحصائي الرابع :

١ - يختار الأشخاص والمواقف التي تسبب له الفشل وخيبة الأمل وسوء المعاملة حتى عند توافر فرص أفضل وبصورة واضحة .

٢ - يرفض محاولات الآخرين لمساعدته لأنه لا يريد مضايقتهم .

٣ - يستجيب للأحداث الشخصية الإيجابية (مثل : الإنجاز - النجاح - الحصول على أى شهادات تفوق) بالإكتئاب والشعور بالذنب أو بسلوك يسبب له الألم . مثل الحوادث .

٤ - يثير غضب الآخرين أو رفضهم له - نتيجة ذلك يشعر بالمهانة والهزيمة والإذلال .

٥ - يترك فرص الإستمتاع تمر دون أن ينتهزها ، أو يمتنع عن الإعراف بالإستمتاع بالرغم من توفر المهارات الإجتماعية اللازمة لديه وقدرته على إستشعاره المتعة .

٦ - يفشل فى إنجاز المهام الأساسية بالنسبة لأهدافه الشخصية بالرغم من قدرته الواضحة على الإنجاز .

٧ - يشعر بالملل ممن يعاملونه معاملة طيبة بصورة منتظمة أو لا يهتم بهم مثال (لا يجذبه من الناحية الجنسية من يحبه أو يبدي إهتماما به من الجنس الآخر) .

٨ - يبالغ فى التضحية بنفسه دون أن يطلب منه ذلك، وبالرغم من عدم تشجيع المستفيدين من تلك التضحية .

ملاحظات :

- أ - لابد من توافر خمسة معايير (أو أكثر) حتى يكن تشخيص هذا النمط من الإضطراب .
- ب - أهم سمات هذا الإضطراب :
 - إن الشخص لا يشعر بالمتعة فى المواقف التى تتطلب ذلك .
 - يستدعى الخبرات السيئة كرد فعل لهذه المواقف السعيدة .
 - يضع نفسه فى المواقف التى تجلب له المهانة والتعاسة .
 - يظهر هذا الإضطراب بداية مرحلة سن الرشد المبكرة .
 - يتبدى فى العديد من المواقف والتفاعلات التى تقتضى وجود الفرد مع الآخرين .

(APA, 2000)

أسباب إضطرابات الشخصية :

أولا : الأسباب الوراثية - البيولوجية :

- وجدت العديد من الدراسات إن العوامل البيولوجية تلعب دورا فى حدوث هذه الإضطرابات مثل : الوراثة ، الإصابات السابقة على الولادة ، التهاب المخ ، (إصابات الدماغ المختلفة) .

- ترتفع نسبة توافق حدوث الإضطراب فى التوائم الأحادى البويضة .
- تتوافر العديد من الأدلة التى تشير إلى اضطراب وظائف من أجزاء بعينها فى المخ فى اضطرابات الشخصية وفيما يلى أمثلة عليها .

- أ - ~~الفص الجبهى~~ : حيث كشفت العديد من الدراسات عن وجود إختلالات به خاصة عند ظهور سمة الإندفاع والتهور لدى الشخص ، وسوء الحكم على الأمور ، مع ~~عجز فى الإرادة أو تعطلها~~ .

- ب - ~~الفص الصدغى~~ : حيث وجد إختلال فى هذه الوظيفة خاصة لدى أشخاص الذين يتميزون بزيادة العدوان والجنس والتدين المرضى ، وإحتمال اللجوء إلى العنف كسمة أساسية فى سلوكهم .

- ج - ~~الفص الجدرى~~ : حيث كشفت الدراسات عن وجود إختلال فى هذا جانب من المخ خاصة لدى الاشخاص الذين يتميزون بإنكار المرض ، والشعور

بالنشوة ، وفقدان الاستبصار بالكثير من قواعد قوانين الواقع المعاش .

ثانيا : العوامل النفسية - الإجتماعية :

- ١ - وجدت العديد من الدراسات إن هؤلاء الاشخاص قد تعرضوا للعديد من المتاعب الشخصية والمشكلات الأسرية ، والإعتداء عليهم في كثير من الأحيان سواء كان هذا الإعتداء بدنيا أم جنسيا على يد شخص غريب أو أحد الأقارب وما إلى ذلك .
- ٢ - إضافة إلى إدراك أكبر للرفض الوالدى وخاصة لدى الأفراد ذوى الشخصيات المناهضة للمجتمع . حيث يدرك الطفل من خلال هذه الخبرة بتعميم - هكذا يدرك - إن الآخرين يرفضون .. ومادام الأمر كذلك فلماذا الا يبادرهم بالإعتداء عليهم وترويع أمنهم قبل أن يبادرونه هم بذلك ؟

(VITOUSEK MANK, 1994)

- ٣ - وإن إضطرابات الشخصية تكون نتيجة منطقية لتفاعلات كافة الأحداث البيئية على الشخص لأن البيئة لا تؤثر على فراغ أو على تكوين منعدم ولكنها تتفاعل مع بعض المعطيات الأساسية التى يملكها الشخص .

(محمد شعلان ، ١٩٧٩)

علاج إضطرابات الشخصية :

يشير العديد من المعالجين إلى تعدد الصعوبات التى تواجه المعالج النفسى فى مجال علاج مثل هذه الإضطرابات . والتى تعود إلى الاسباب الآتية :

- ١ - عدم حضور المريض للعلاج إلا إذا تصادم مع المجتمع ، والمريض عادة لا يهدف إلى تغيير سلوكه ولكنه يحاول أن يتخلص من الصعوبة الطارئة .
- ٢ - إن أى محاولات ومن خلال العلاج - تهدف إلى تعديل هذه الأنماط المضطربة قد تقود إلى إختلال توازن الفرد النفسى . ولذا قد يزداد السلوك سوءا .
- ٣ - كما إن أسرة المريض قد تتوافق مع هذه السلوكيات وتقبلها على أساس أنها سمة لا يمكن تعديلها .
- ٤ - لجوء العديد من المضطربين شخصيا إلى الإلتحار بالرغم من إن العديد من الادلة كانت لا تؤكد ذلك .

أنظر على سبيل المثال (عمر شاهين ، يحيى الرخاوى ، ١٩٧٧)

(مارشا لينهان ، كوتستنن كيهير ، ٢٠٠٢)

أما عن العلاجات التى من الممكن أن تقدم - بالرغم من الملاحظات السابقة - فهي :

أولا : العلاج بالعقاقير : حيث من الممكن أن يستخدم العديد من العقاقير التى تعمل على تهدئة الأعراض مثال : فى حالة اضطرابات الشخصية البارانونيدية من الممكن إستخدام مضادات الذهان بجرعات صغيرة مثل : أقراص الهالوبيريدول ، أو مضاد للقلق مثل الفاليوم وذلك للتعامل مع الفوران والقلق عند ظهورهما .. وكذلك إمكانية فعل نفس الشئ لدى مرضى اضطراب الشخصية شبه الفصامية .
(KAPLAN, H. & SADOCK, B., 1996)

ثانيا : العلاجات النفسية :

أ - العلاج التدعيمى : من الممكن إستخدام هذا النوع من العلاج بفاعلية مع العديد من مضطربى الشخصية . مثال : لإستخدام العلاج التدعيمى لدى شخص يعانى من اضطراب هستيرى :

- أهتم بالالفه والتجاوب طول الوقت ، لأن فقدان ذلك يعنى فقدان المريض .
- بالرغم من النصيحة السابقة لا تجعل حرصك على الإحتفاظ بالمريض يمنعك من المحافظة على أمانتك كمعالج .
- كن مستعدا لعمليات طرح شديده وعاصفة ولا سيما إذا كان المريض من الجنس المغاير لجنس المعالج .. الخ .

(بيتر نوبا ليس وآخرون ، ١٩٩٨)

ب - العلاج المعرفى : القائم على منحى أرون بيك والذى ينظر إلى أخطاء التفكير على إنها مسؤلة فى المقام الأول عن مشكلات سلوك الفرد أو تفاعلاته مع الآخرين وإن الشخصية البيئية - كمثال - يسود لديهم ثلاثة فروض .

- أ - العالم خطير وحقود .
- ب - أنا يلاقوه وعرضه للإنجراح .
- ج - أنا غير مقبول أساسا .

وعن طريق الفيتات المختلفة يمكن التعامل مع مثل هذه الإضطرابات .

(مارشا لينهان ، كوتستنن كيهير ، ٢٠٠٢)

المراجع

- ١ - أحمد عبد الخالق (٢٠٠٢) الوسواس القهري ، التشخيص والعلاج ، الكويت ، مجلس النشر العلمي .
- ٢ - أحمد عكاشة (١٩٩٨) ، الطب النفسي المعاصر ، القاهرة ، الانجلو المصرية .
- ٣ - أنطوني ستور (١٩٩١) . فن العلاج النفسي ، ترجمة لطفي فطيم ، القاهرة ، النهضة المصرية .
- ٤ - بيتر نوفاليس ، ستيفن روجسيفيسر ، روجر بيك (١٩٩٨) ، العلاج النفسي التدمي ، ترجمة لطفي فطيم ، عادل دمرداش ، القاهرة ، المجلس الأعلى للثقافة ، المشروع القومي للترجمة ، الكتاب رقم ٥٢ .
- ٥ - عمر شاهين ، يحيى الرخاوى (١٩٧٧) ، مبادئ الأمراض النفسية ، القاهرة ، مكتبة النصر الحديثة ، الطبعة الثالثة .
- ٦ - فرج طه ، شاكرفنديل ، حسين عبد القادر ، مصطفى كامل (١٩٩٣) ، موسوعة علم النفس والتحليل النفسي ، القاهرة ، دار سعاد الصباح .
- ٧ - مارشا لبنهان ، كوتستنس كيهير (٢٠٠٢) ، إضطراب الشخصية البيئية ترجمة صفوت فرج في كتاب : مرجع اكلينيكي في الإضطرابات النفسية دليل علاجي تفصيلي ، تحرير ديفيد بارلو ، اشرف على الترجمة والمراجعة صفوت فرج ، القاهرة ، مكتبة الانجلو المصرية . ص ص ٩٥٣ - ١٠٥٤ .
- ٨ - محمد شعلان (١٩٧٩) . الإضطرابات النفسية في الأطفال ، الجزء الثاني ، الجهاز المركزي للكتب الجامعية المدرسية والوسائل التعليمية .

- 9 - American psgchiatric Association (1994). Diagnostic and statisticap Manual of Mental disorders. Fourth Edition. Washington, DC.
- 10 - Aamerican Psychiatric Association (2000) . DSM IV

- .Diagnostic and Staistical Manual of Mentaal Disorders ,**
 Washing ton , D. C. Psybhiatric.
- 11 - Derksen. J., (1995) **Personaality Disorders : Clinical & Social** Derksen, J. hon & Sons Ltd, England .
 - 12- Ellison J. & Shader, R . (1994) . **the Pharmacologic Theatment of Personality disorders : Adimenisonsl approacdr In :**
Richard .I Shader (1994) : Manual of Psychiatric therapeutic,
 2nd ed., lihe Brownap company Boston, inc
 - 13- Spit2er, R. , Willia MS, J, Gibbon, M. . Firsth, (1990) **User's Guide Forthe Structured clinical interview For DSM - III - R,**
A Merican Psaychiatic Press, Inc , Washington, PP : 174 - 1212.
 - 14 - Kaplan. Sadock . (1996) . **pocket Homd book of clinicap psychiatry,** Laondon. , wiliams wilkins. secnd editon.
 - 15- Vitousek, K, ap Mank, F (1994) . **Persnality Variabler and disordersin anorexia and bulimia nervosa,** Journal of Abnormal Psycology , Vol . 103 , no.1 PP. : 137 - 147.
 - 16- Widgen T. ap Francen . A (1989) . **Epdemiology diagnosis and comorbidty of borderline Personality Disorderin A Tasman. ,**
R.H. alen ap A. Francan (Eds) . American Psychiatric Press.
Review of psychiatry . Vol 8 , PP : 8 - 24 Washi ngton, DC.
Americam Psychiatric Press

الفصل السادس

الإضطرابات الجسدية الشكل Somato Form Disorder

محتويات الفصل

- أنواع الإضطرابات جسدية الشكل :
- ١ - اضطرابات التبدل ، الوبائيات - التعريف - محكات التشخيص .
- ٢ - الإضطراب الجسدي الشكل اللامتمايز ، الوبائيات - التعريف - محكات التشخيص .
- ٣ - إضطراب التحول ، الوبائيات - التعريف - محكات التشخيص .
- ٤ - إضطراب الألم ، الوبائيات - التعريف - محكات التشخيص .
- ٥ - توهم المرض ، الوبائيات - التعريف - محكات التشخيص .
- ٦ - إضطراب توهم تشوه الجسم ، الوبائيات - التعريف - محكات التشخيص .
- ٧ - الإضطرابات المصطنعة ، الوبائيات - التعريف - محكات التشخيص .
- ٨ - التمارض ، الوبائيات - التعريف - محكات التشخيص .
- اسباب الإضطرابات الجسدية الشكل .
- علاج الإضطرابات الجسدية الشكل .
- مسار ومآل الإضطرابات الجسدية الشكل .

الاضطرابات الجسدية الشكل SOMATO FORM DISORDERS

السمة الرئيسية هي الشكاوى المتكررة من أعراض جسمية مثل طلبات مستمرة بإجراء الاستقصاءات الطبية ، وذلك بالرغم من النتائج السلبية المتكررة وطمأنه الأطباء بأن الأعراض ليس لها أساس بدنى .. ويوجد فى هذه الاضطرابات عادة درجة من السلوك الجاذب للانتباه (الهستيرى) خاصة فى المرضى الذين يضايقهم فشلهم فى أقناع الأطباء بالطبيعة البدنية لمرضهم وبالحاجة إلى إجراء المزيد من الاستقصاءات أو الفحوصات

(أحمد عكاشة ١٩٩٨)

ولذا فإن أهم خصائص وسمات هذه الطائفة من الاضطرابات هي :
وجود شكاوى بدنية أو جسمية دون وجود أسباب عضوية ملموسة تفسر شكاوى الشخص إضافة إلى عدم توافر أية آلية فسيولوجية توضح علامات الاضطراب ، ولذا فإن العوامل النفسية اللاشعورية الكامنة داخل الشخص قد تعد السبب الرئيسى وراء هذه الشكاوى والتي تأخذ شكلا عضويا فى حين إن أسبابها تكون نفسية .

أنواع الاضطرابات الجسدية الشكل :

تأخذ هذه الاضطرابات الأنواع والأنماط الآتية :

١ - اضطراب التبدل : Somatisation Disorder

مدى انتشاره :

- تبلغ نسبة انتشاره بين السكان (فى أى دولة) من ١٥% إلى ٥٠% .
- وجدت الملاحظات الكلينيكية ونتائج العديد من الدراسات الوبائية التى أكدت إن هذا المرض يصيب الإناث أكثر من الذكور .
- وجدت - أيضا - الملاحظات والدراسات إن هذا الاضطراب ينتشر بين الفئات غير المتعلمة .
- كما أنه ينتشر لدى الطبقات الدنيا (ذات الخصائص الإجتماعية والثقافية والإقتصادية المحدودة) .

- يبدأ عادة في سن المراهقة وسن الرشد المبكرة .

تعريفه :

هو إضطراب يتسم بظهور العديد من الشكاوى التي يعلنها الفرد من منطقة معينة في جسده أو أكثر وإن هذه الشكاوى لا تنتج من مرض عضوى معروف .
(Kaplan , H., & Sadock, B, 1996)

معايير تشخيص إضطراب التبدن وفق الدليل التشخيص والإحصائي الرابع :

أ - كثرة الشكاوى الجسمية في تاريخ الحالة ، التي تبدأ قبل سن الثلاثين ، وتستمر لعدة سنوات ، وتدفع المريض إلى البحث عن العلاج أو تؤدي إلى عجز ملحوظ في الوظائف الإجتماعية والمهنية أو في مجالات أخرى مهمة من أداء الشخص لوظائفه .

ب - انطباق كل من المعايير التالية على الحالة ، مع ظهور أعراض منفردة خلال فترة ما من مسار الإضطرابات :

(١) أربعة أعراض سميتها الرئيسية الألم : تاريخ المعاناة من الألم في أربع مناطق من الجسم أو من وظائفه ، مثل الدماغ ، البطن ، الظهر ، المفاصل ، الأطراف ، الصدر ، الشرج ، أثناء الدورة الشهرية ، أثناء الجماع أو التبول .

(٢) عرضان لهما علاقة بالجهاز الهضمي : الشكاوى من عرضين لهما علاقة بالجهاز الهضمي على أقل تقدير ، شريطة ألا يكون الألم من بينهما ، مثل الغثيان ، الإنتفاخ ، القيء في غير أوقات الحمل ، الإسهال ، عدم تحمل عدة أنواع من الأطعمة .

(٣) عرض واحد يتعلق بالوظيفة الجنسية : تاريخ شكاوى واحدة خاصة بالوظيفة الجنسية أو التناسلية على أقل تقدير ، لا تقتصر على الألم ، مثل عدم الاكتراث بالنشاط الجنسي ، إضطراب الإنتصاب أو القذف ، عدم إنتظام الدورة الشهرية ، كثرة النزف أثناء الدورة الشهرية ، استمرار القيء طوال فترة الحمل .

(٤) عرض واحد كاذب يتعلق بالجهاز العصبي المركزي : تاريخ وجود عرض واحد أو قصور في وظيفة من وظائف الجهاز العصبي يوحى بإصابة الشخص بمرض عصبي عضوى ، مثل أعراض تحويلية كاختلال تناسق الحركة أو التوازن ، أو شلل يقتصر على عضو واحد أو ضعف حركته ، أو احتباس البول ، أو الهلوس ، أو صعوبة البلع أو الشعور بغصة في الحلق ، أو احتباس الصوت ، أو فقدان حاسة اللمس أو

الإحساس بالألم ، ازدواج الرؤيا أو العمى ، أو الصمم ، أو التشنجات ؛ أو أعراض انفصالية مثل فقدان الذاكرة أو الوعي الذى لا يؤدي إلى الإغماء .

ج (توافر المعيار (١) أو (٢) :

(١) يتعذر إرجاع كل عرض من أعراض المعيار بءاء ، بصورة كاملة إلى مرض عضوى معروف أو إلى الآثار المباشرة لتعاطى مادة أو دواء ، وذلك بعد إجراء الفحوص المناسبة .

(٢) فى حالة توافر مرض عضوى له علاقة بالأعراض ، تفوق شكاوى المريض وتدنى وظائفه الإجتماعية والمهنية ما يتوقعه الطبيب بهد دراسة تاريخ الحالة وتوقيع الكشف الطبى ونتائج الفحوص الطبية .

د (يشترط لتشخيص هذا المرض عدم تعدد اصطناع الأعراض أو استحداثها (كما يحدث فى الإضطرابات المصطنعة والتمارض) .
(APA. , 2000)

٢ - الإضطراب الجسدى الشكل اللامتمايز

Undifferentiated Somato Form

مدي الإنتشار :

- لا توجد إحصاءات دقيقة تشير إلى حجم هذا الإضطراب .
- لعل سبب ذلك هو تداخل هذا الإضطراب مع العديد من الإضطرابات النفسية الأخرى .
- من المرجح أن تكون نسبة إصابة الإناث بهذا الإضطراب أكثر من الذكور نظرا للعديد من عوامل الثقافة والتنشئة الإجتماعية .

(أحمد عكاشة ١٩٩٨ ، ٢٠٢ - ٢٠٣)

تعريفه :

وهو عبارة عن فئة متخلفة أو متبقية من الإضطراب الجسدى تستخدم فى وصف جزئية الإضطراب بشكله الكامل ، حيث يشكو المريض من عدة أعراض جسدية لا تستدعى إدراجه فى فئة الإضطراب الجسدى الشكل ، لان شكاوى الأعراض لا ترقى إلى مستوى الإضطراب الجسدى الكامل الصورة ، أو لغموض الأعراض . وإن الشكاوى من الإرهاق المزمن هى الشكاوى الأكثر توافرا لدى هؤلاء المرضى .

معيير الدليل التشخيصى والإحصائى الرابع لتشخيص الإضطراب الجسدى الشكل :

- أ - شكوى جسمية واحدة أو أكثر (مثل ، سرعة التعب ، أو فقدان الشهية ، أو شكوى خاصة بالجهاز الهضمى أو البولى)
ب - توافر المعيار (١) أو (٢) :

(١) لا يمكن تفسير الأعراض بصورة كاملة بوجود مرض عضوى معروف أو بأنها نتيجة مباشرة لتعاطى مخدر أو دواء ، وذلك بعد إجراء الفحوص المناسبة .
(٢) فى حالة وجود مرض عضوى له علاقة بالحالة ، تفوق الأعراض أو تدنى الوظائف الإجتماعية والمهنية الناتج ، ما يتوقعه الطبيب بالنسبة للمرض العضوى المذكور كما يتضح من تاريخ الحالة ، والكشف الطبى ، ونتائج الفحوص المختبرية .

- ج - تتسبب الأعراض فى معاناة المريض بصورة ملحوظة أو تؤدى إلى تدنى وظائفه الإجتماعية والمهنية أو وظائف مجالات أخرى مهمة .
د - ألا تقل مدة الأعراض عن ستة أشهر .
هـ - ألا يفسر مرض نفسى آخر أعراض المريض على نحو أفضل (مثل : إضطراب آخر جسدى الشكل ، أو إضطراب جنسى ، أو إضطراب قلق ، إضطراب ذهانى) .

و - ألا تكون الأعراض متعددة أو مصطنعة (مثلما يحدث فى حالة الإضطراب المصطنع والتمارض) .

(APA. , 2000)

٣ - إضطراب التحول : Conversion Disorder

مدى الانتشار :

- تتراوح نسب المضطربين بهذا النوع من الإضطراب ما بين ٥٪ إلى ١٥٪ من إجمالى المترددين على عيادات الطب النفسى الخارجية .
- فى حين إن بعض الإحصائيات تقدر المصابين بهذا الإضطراب ب ١٠٪ من مرضى الأقسام الداخلية بالمستشفيات .
- تبلغ إصابة الإناث بهذا الإضطراب ضعف إصابة الذكور .
- يظهر عادة فى سن الرشد المبكرة (فى الغالب) .

- لكن بالرغم من ذلك - فقد يظهر هذا الإضطراب فى منتصف العمر أو فى الشيخوخة .

(Kaplan, D. , Sdock, B. 1996)

تعريفه :

يعرف التحول - فى موسوعة علم النفس التحليل النفسى - بأنه : عملية يلجأ فيها إلانا إلى حل الصراع النفسى الذى ينشأ فى الشخصية عن طريق تحويله إلى حل يبدو فى عرض جسمى . وكأن الشخص هنا بدلا من أن يعبر عن صراعاته تعبيراً نفسياً خالصاً يحوله إلى تعبير جسمى . وتتم هذه العملية على مستوى لا شعورى .. مثل حدوث شلل هستيرى للذراع مثلاً : إذ فى هذه الحالة لا توجد بالذراع ولا بمراكزه بالمخ ولا بوصلاته العصبية أية إصابة تشريحية عضوية يمكن ملاحظتها أو تشخيصها طبياً ومع هذا يكون الذراع مشلولاً .. ولذا يفشل - فى مثل هذه الحالة العلاج الجسمى وينجح العلاج النفسى والذى يتعامل مع الصراعات التى أدت إلى هذا العرض التبدىنى .

(فرج طه وآخرون ، ١٩٩٣)

وقد نجد إضطراب التحول هذا فى عرض واحد أو أكثر من عرض ويكون له صلة بالجهاز العصبى المركزى . وأن هذه الاعراض ليست نتيجة إضطراب عضوى أو عصبى أو تعاطى مادة مخدرة .

التشخيص ، العلامات والأعراض :

أ - إضطرابات حركية مثل : الشلل والتخلج ataxia (عدم القدرة على تنسيق الحركات العضلية الإرادية كالوقوف وغيره) ، وصعوبة البلع والقيئ واحتباس الصوت .

ب - إضطرابات الوعى مثل : النوبات التشنجية الكاذبة وفقدان الوعى .

ج - إضطراب الإحساس : مثل العمى ، الصمم ، فقدان الشم ، نقص الحس ، فقدان الاحساس بالآلم ، نقص الحسى الطرفى فى موضع القفاز والجوارب .

د - علاقة زمنية وثيقة بين ظهور الأعراض والتعرض لضغط نفسى أو إنفعالات شديدة .

هـ - ظهور الأعراض فى نصف الجسم الأيسر أكثر من نصفه الأيمن .

و - عدم تعمد الشخص استحداث الأعراض .

ز - عدم توافق الأعراض مع ثقافة المريض ، أو وجود أصول عضوية كما يتضح من الكشف الطبى والفحوص الطبية .
(APA. , 2000)

٤ - إضطراب الألم: Pain Disorder

مدى الإنتشار : يشكل إضطراب الألم مشكلة إقتصادية كبرى ، مثلما يشكل مشكلة طبية ، - كمثال فى المملكة المتحدة - إذ تسبب الألم أسفل الظهر بمفردها ضياع عدة ملايين من أيام العمل كل عام ، بالإضافة إلى تكلفة العديد من التدخلات الطبية والجراحية وتكلفة العقاقير والمشكلات الإقتصادية والأسرية المصاحبة والتي تغرى إلى التكاليف غير المنظورة وللألم المزمن .

(شيرلى بيرس وآخر ، ٢٠٠٠)

- ويظهر إضطراب الألم فى أى سن ولا سيما فى العقد الثالث والرابع .
- أكثر إنتشارا بين الإناث .
- تتوافر بعض الأدلة على إرتفاع نسبة حدوث الألم والإكتئاب وإدمان الخمر فى اقرباء الدرجة الأولى .

(Kaplan, H & sadock , B, 1996)

معايير الدليل التشخيصى والإحصائى الرابع لتشخيص إضطراب الألم :

- أ - يجسد بالألم فى مكان واحد أو أكثر من الجسم المرض الإكلينيكي الرئيسى ، على أن تستدعى شدته تدخل الطبيب .
 - ب - يؤدى الألم معاناة ملحوظة أو يعوق الوظائف الإجتماعية والمهنية أو وظائف أخرى مهمة .
 - ج - تلعب العوامل النفسية دوراً مهماً فى ظهور الألم وشدته وتفاقمه واستمراره .
 - د - يشترط ألا يكون العرض أو القصور متعمداً أو مصطنعاً ، كما يحدث فى الإضطرابات المصطنعة والتمارض .
 - هـ - يشترط ألا يكون الألم نتيجة لمرض نفسى آخر ، مثل إضطراب الوجدان أو القلق ، وألا تنطبق عليه معايير تشخيص ألم الجماع .
- خصص الفئة :

إضطراب ألم مصحوب بعوامل نفسية : تلعب العوامل النفسية دوراً رئيسياً فى ظهور الألم وشدته وتفاقمه واستمراره . (فى حالة وجود مرض عضوى ، يشترط

لتشخيص الإضطراب ألا يلعب ذلك المرض دوراً رئيسياً في ظهور الألم أو شدته أو تفاقمه أو استمراره) . لا يشخص هذا النوع من إضطراب الألم إذا كانت معايير تنطبق أيضاً على إضطراب التبددين .خصص ما إذا كان :

حاداً : تقل مدته عن ستة أشهر .

مزمن : مدته ستة أشهر أو أكثر .

إضطراب الألم المصحوب بعوامل نفسية ومرض عضوية : العوامل النفسية ومرض عضوي دوراً مهماً في ظهور الألم وشدته وتفاقمه واستمراره ، يدون المرض العضوي أو مكان الألم على المحور الثالث .

حدد ما إذا كان :

حاداً : مدته تقل عن ستة أشهر .

مزمن : مدته ستة أشهر أو أكثر .

(APA. , 2000)

٥ - توهم المرض : Hypochondri asis

مدى الانتشار :

- يصيب ١٠ ٪ من إجمالي المصابين بأمراض باطنية .

- تتساوى نسبة حدوثه بين الذكور والإناث .

- يصيب جميع الأعمار ويزداد إنتشاره في العقد الثالث في الذكور والعقد الرابع في الإناث .

- يصيب أقرباء الدرجة الأولى للمريض وشقيقه التوهم .

(Kaplan, H., & sadock, B, 1996)

تعريفه :

هو عبارة من إضطراب السمة الأساسية فيه : إنشغال دائم بأحتمال الإصابة بواحد أو أكثر من الإضطرابات البدنية الخطره والمتفاقمة يعبر عنه بشكاوى جسدية مستمرة ، كما يركز الإنتباه عادة على واحدة أو اثنتين من الأعضاء أو الأجهزة بالجسم . وقد يذكر المريض اسم الإضطراب الجسمي الذي يخشاه ومع ذلك فإن درجة إقتناعه بوجود المريض والتركيز على إضطراب بعينه دون إضطراب آخر تتباين عادة ما بين الإستشارات الطبية .

وغالبا ما يكون الإكتئاب والقلق الشديدين موجودين .

(أحمد عكاشة ، ١٩٩٨)

التشخيص :

- أ - يصيب أى عضو أو جهاز فى الجسم .
 - ب - يصيب - فى الغالب - الجهاز الدورى أو الهضمى أكثر من غيرهما من أجهزة الجسم الأخرى .
 - ج - يعتقد المريض أنه مصاب بمرض عضوى بالفعل .
 - د - يطمئن المريض لفترة قصيرة عندما يتضح عدم وجود مرض فى الكشف الطبى والفحوص . ثم تعاوده الاعراض .
 - هـ - تفشل طمأنة المريض المصاب بضلالات جسدية .
 - و - تبلغ مدة المرض ستة أشهر على أقل تقدير .
 - ز - لا يرقى فى اعتقاد المريض فى إصابته بالمرض إلى مستوى الضلالة .
- (APA. , 2000)

٦ - إضطراب توهم تشوه الجسم : Body Dysmorphic Disorder

مدى الإنتشار :

- يبدأ ظهور المرض بداية من سن المراهقة حتى سن الرشد المبكرة .
- يصيب الذكور والإناث بنفس النسبة .

تعريفه :

هو إضطراب يتوهم من خلاله الشخص وجود عيب فى شكل جزء من الجسم ، وقد يمتد هذا التوهم ليشمل أجزاء مختلفة من الجسم إلا أنه لا يرقى إلى مستوى الضلالة .

(Kaplan, D., & Sadock , B, 1996)

التشخيص :

- يشكو المريض من عيوب فى جسمه مثل وجود التجاعيد وكثرتها أو سقوط الشعر أو صغر أو كبير حجم بعض الأعضاء التناسلية .

- أو قد تمتد الشكوى لتشمل الشكوى من وجود عيوب في أجزاء أخرى من الجسم ظاهرة (مثل الأنف) أو مستترة (مثل وجود بقع شيخوخة على الجلد) .
- وعند وجود تشوه جسمي طفيف ينشغل المريض به على نحو مفرط ومبالغ فيه .

- لا يصل مستوى إنشغاله إلى مستوى الضلالة (كما يحدث في اضطراب الضلالة الجسدي النوع) .

(APA. , 2000)

٧ - الإضطرابات المصطنعة : Factitious Disorder

مدى الانتشار :

- نسب الإصابة بهذا الإضطراب غير معروفة بشكل محدد .
 - يصيب الذكور أكثر من الإناث .
 - تبلغ نسبة مرض إصطناع المرضى الذين يدخلون المستشفيات من ١٠ ٪ إلى ١٥ ٪ حيث يعاني معظمهم من إرتفاع مصطنع في درجة الحرارة (كمثال شائع لذلك) .
 - ينتشر هذا الإضطراب بشكل خاص لدى الأشخاص العاملين في المجال الطبي (أطباء - ممرضين - ممرضات .. الخ) .
- (Kaplan. & Sadock. , 1996)

تعريفه :

هو عبارة عن إضطرابات يتوهم الشخص من خلال أعراضها يستحدثها عمدا بصورة شعورية قد أصابت الجسم ، وقد يستحدث الشخص العديد من الأعراض لنفسية مثل الهلاوس أو عضوية مثل الشعور بالألم في جزء أو أكثر من أجزاء الجسم .

التشخيص والعلامات والأعراض :

تنقسم هذه الإضطرابات إلى الفئات التالية :

- أ - إضطرابات مصطنعة ذات أعراض وعلامات جسدية سائدة : وتشمل :
- تعتمد استحداث الأعراض الجسمية كالغثيان والقيء والألم والتشنجات .
- قد يعتمد المريض إضافة الدم إلى برازهم أو بولهم .
- قد يعتمد المرضى رفع درجة حرارة أجسامهم بطرائق مصطنعة .

- أو حقن أنفسهم بالأنسولين لخفض نسبة السكر في الجسم .
- ومن علاماته : البطن المخطط (للندبات التي تتركها العمليات الجراحية الكثيرة التي يعرض المريض نفسه لها) .
- ب - إضطرابات مصطنعة ذات أعراض وعلامات نفسية سائدة :
 - تعتمد إصطناع الأعراض الطبية النفسية مثل : الهلوس والضلالات والإكتئاب وشذوذ السلوك .
 - لجوء المريض إلى الكذب وتقديم روايات يصعب تصديقها في أسباب إصابته إلا أنه يعتقد في صحتها .
 - ينتشر إدمان المواد المخدرة بين مرض إضطرابات النوعين السابقين (أ - ب) .

ج - إضطرابات مصطنعة لم يسبق تخصيصها :

- تشمل الإضطرابات التي لا تنطبق عليها معايير الإضطرابات المصطنعة مثل إصطناع المرض بالإصابة (تعتمد شخص آخر يرى المريض إصطناع الأعراض لإكتساب الدور المرضي بصورة غير مباشرة) .
- (APA. , 2000)

٨ - التمارض : Malingering

مدى الإنتشار :

- غير معروف بصورة محددة أو تقريبية نسب الإصابة به .
- أكثر إنتشارا في الأماكن التي يكثر فيها الذكور مثل : الثكنات العسكرية ، السجون ، المصانع ، وغيرها من المؤسسات .
- قد يظهر هذا الإضطراب أيضا لدى الإناث .

تعريفه :

هو لجوء الفرد إلى الاستحداث الإرادية لأحداث أعراض جسدية أو نفسية ولتحقيق هدف معين مثل : الحصول على إجازة من الثكنة العسكرية ، أو التهرب من حكم الحبس ، أو التهرب من عقاب ، أو الحصول على مبلغ من شركة تأمين .

(ولعل أكثر صور أحداث هذا الإضطراب بين كثير من عساكر القوات المسلحة هو تناول الشخص شطة / مواد حريفة) يعقبها تناول حلوى مما يؤدي ذلك إلى

ارتفاع في درجة حرارة الشخص وبالتالي يطلب (كارنية) عيادة .. وتتخذ باقي الإجراءات حتى يبتعد عن الخدمات والأعمال المكلف بها داخل المعسكر) .
(Kaplan. & Saock. , 1996)

التشخيص والعلامات والأعراض :

- يبدأ الشخص في العادة شكاوى مبهمه وغير محددة ويعرضها بالتفصيل .
- يغضب المريض عند إبداء الطبيب تشككه في صدق أعراضه .
- يتضح من التاريخ النفسي والاجتماعي وجود حاجة لدى الشخص المعنى لتجنب أحد المواقف الضاغطة أو الحصول على المال ، أو الهروب من مشاكل قانونية .
- يبحث عن هدف محدد لدى المريض يستفيد من خلال (المكسب الثانوي للمرض) .

(APA. , 2000)

أسباب الإضطرابات جسمية الشكل :

تنتمي فئة الإضطرابات الجسمية الشكل إلى الإضطرابات العصابية والمرتبطة بالكرب (المشقة) .

* من أسباب الإصابة بهذا الإضطراب .

أولا : العوامل التكوينية الوراثية :

- وجدت العديد من الدراسات أن العامل الوراثي له أثره في نشأة العديد من الإضطرابات .

- قامت عدة دراسات على التوائم المتشابهة ووجد أنه إذا أصيب احد التوائم بالعصاب (مثلا) فعادة ما يصاب الآخر بنفس المرض .

- دلت دراسات العائلات على أن إستجابات أفراد العائلة الواحدة تتشابه في نوعية المرض وإذا أصيب أحد أفراد العائلة بالإستجابة لإضطراب معين تجاوبت معه باقي أفراد الأسرة بالإستجابة لهذا العرض .

- ولذا نلجأ في علاج بعض هذه الإضطرابات إلى استخدام الأدوية النفسية خاصة أثناء فترات إصابة المريض بالقلق أو الإكتئاب الحاد (فقط) خشية من أن العلاج بالدواء في مختلف الفترات قد يقود المريض لتعاطي الدواء سواء أكان الشخص في حاجة إلى الدواء أم لا .

- وجود خلل فى قشرة المخ . فعلى سبيل المثال وجد أن أسباب إضطرابات التحول البيولوجية تتلخص فى :
- يعتمد ظهور الأعراض على تنشيط آليات مثبطة فى المخ .
- يصب الإضطراب فرط إثارة قشرة المخ التى تنشط بدورها آليات الجهاز العصبى المركزى المثبطة فى المشبك (فجوة تفصل الخلايا العصبية عن بعضها) وساق المخ ، والمنظومة الشبكية التنشيطية .
- يرتفع إحتمال حدوث الإضطرابات فيمن يعانون من إصابات الفحص الجبهى أو أوجه قصور أخرى فى الجهاز العصبى المركزى .

ثانيا : أسباب نفسية - إجتماعية :

تتعدد المنطلقات النفسية ما بين نظرية التحليل النفسى والنظرية السلوكية (بمنطلقاتها المختلفة) .

- ولذا نجد العديد من التفسيرات التى قدمت للإضطرابات جسدية الشكل .
- مثلا : الشخص الذى يعانى من إضطراب التدين وجد أن الأسباب النفسية تتلخص فى :
- إن هذا الشخص يميل إلى كبت العدوان .
- إن هذا العدوان المفترض أن يوجه إلى الآخر قد تم تحويله إلى الذات .
- إنه يتمتع بضمير أو انا اعلى Super ege جد حساس مما يؤدى إلى ارتداد العدوان إلى الذات وعقابها (ليس لمجرد عقاب الآخر بل التفكير فى ذلك) .
- إنتشار وشيوع مشاعر الدونية والإنحطاط من قيمة الذات .
- توحد غير سوى بأحد الوالدين .
- فى حين إن التفسير النفسى الذى قدم لأضطراب التحول فهو :
- يعد الإضطراب تعبيرا عن صراع نفسى لا شعورى مكبوت .
- تتصف شخصية المريض قبل إصابته بالإضطراب بسمات إضطراب الشخصية المتجنية ، وأخرى هستيرية .
- التوحد مع فرد من الأسرة يشكو من الأعراض نفسها بسبب مرض فعلى .
- وجود دوافع جنسية وعدوانية لا شعورية ترفضها الانا وتكرر فى صورة أعراض مرضية .

- في حين إن الجانب النفسى الذى يفسر إضطراب توهم المرضى كالاتى :
- إن الشخص لديه إستعدادا خلقيا لفرط الحساسية لوظائف الجسم والإحساسات الصادرة منه ، وإنخفاض عتبة الإحساس بالألم أو المعاناة الجسمية .
- إرتداد النزعات العدوانية إلى الذات بدلا من الآخر ومن خلال جزء معين من الجسم .

- لابد من التركيز حول احتمالية أن يكون للعضو الجسمى المصاب معنى رمزيا (أو وفقا لمفهوم التحليل النفسى لأبد من البحث عن عامل الحتمية - ليس العشوائية - المقصودة فى إصابة هذا العضو من الجسم دون غيره بهذا الإضطرابات ، وأن الإصابة تكون محتومة المعنى والدلالة ولابد من البحث عنها) .
ونستنتج مما سبق الاتى :

- ١ - لابد من أخذ تاريخ الشخص فى الاعتبار .
- ٢ - لابد من فهم الدلالة أو الدلائل النفسية - لأسباب إصابة الشخص وتحديدًا فى عضو من جسده دون الآخر .
- ٣ - أخذ طريقة التربية فى الاعتبار لأن هناك العديد من طرق التنشئة والتي تعمل على (كبت العدوان أو كف) الرغبات الجنسية التى بدورها تضطر لتحويل مسارها من (والآخر) ، إلى (الذات) .
- ٤ - التركيز على الهدف أو المكسب الثانوى من وراء العرض فعلى سبيل المثال وجد أن إضطراب الألم - مثلا - له علاقة بالآخر حيث يستخدم الفرد الألم كوسيلة للسيطرة على علاقة بآخر والإستفادة منها مثل إستقرار علاقة زوجيه هشه .
- ٥ - التعرف على نمط الشخصية (إضطرابات أنماط الشخصية) إذا على سبيل المثال وجد أن الشخصية التى تميل إلى التمارض يميل أصحابها إلى نمط الشخصية المناهضة للمجتمع .
- ٦ - التركيز على ميكانيزمات الدفاع التى يلجأ إليها الفرد ، إذ على سبيل المثال يستخدم مريض إضطراب توهم تشوه الجسم لأساليب الدفاعية الآتية :

- الكبت (الصراعات لا شعورية) .
- تشويه أو ترميز جزء من الجسم .
- الإسقاط (الاعتقاد بأن الآخرين يرون أيضا التشوه المتخيل) .

(أحمد عكاشة ، ١٩٩٨)

(شيرلى بيبيرس ، جوس مايز ، ٢٠٠٠ ، ٧٣٧ - ٧٥٦)

علاج الإضطرابات جسدية الشكل :

تستخدم العلاجات الآتية :

أولا : العلاجات الدوائية : وقد ذكرنا ضرورة عدم الإفراط في تصديق (توهم) المريض ، أو إطاعته في كتابة أدوية مخدرة (نظراً الأمكانية إدمان الشخص لهذه الادوية .

مثال : إضطراب مرضى تشوه الجسم : يتم إعطائهم العقاقير الآتية :

- تخفف مثبطات إستعادة السيروتونين الانتقائية مثل :

البروزاك ، والكلوميبرا مين (الانافرانيل) الأعراض في ٥٠ % من المرضى على أقل تقدير .

مثال آخر : مريض توهم المرض : يتم إعطائهم العقاقير الآتية :

- تستخدم مضادات القلق أو الإكتئاب في علاج القلق أو الإكتئاب عند ظهورهما .

- تفيد المركبات مع استعادة السيروتونين الإنتقائية ، الإكتئاب ، والأعراض الوسوسية .

(Kaplan. Sadock. , 1996)

ثانيا : العلاجات النفسية :

تتعدد صور وأشكال العلاجات النفسية ما بين علاج نفسى متعمد (من خلال البحث عن الأسباب الدقيقة في طفولة الفرد) أو السطحى (من خلال التركيز على شفاء الأعراض وحل المشاكل الحالية) .

ومن هذه المدارس :

أ - التحليل النفسى : حيث تركز على :

- طفولة الشخص .

- الصدمات التى تعرض لها .

- أساليبه ومكانيزماته الدفاعية .

- المكاسب الأساسية والثانوية للأصابة بهذا المرض .

- طرق حله للصراعات اللاشعورية .

- طرق التعبير عن عدوانية وغرائز الجنسية .
- المعنى الرمزي للأعراض .
- الصرعات اللاشعورية المرتبطة بالإضطراب والتي لها علاقة به .
- ب - **العلاج التدعيمي** : وذلك من خلال استخدام العديد من الفنيات العلاجية التدعيمية والتي تنهض على : الإيحاء - التغير والتشجيع ، المعاضدة والتدعيم ، الصحية والإرشاد ، تقديم المعلومات ، التنفيس الإنفعالي ، التجاوب الإنفعالي ، بث الثقة والإرادة لدى الفرد .
- ج - **العلاج النفسي المعرفي** : وهو جد هام خاصة مع المرضى ذوي إضطراب الألم . خاصة إذا كان هذا الإضطراب - أو غيره - به بعض المكونات المعرفية الخاطئة (تفكير - وجدان .. سلوك) .
- وقد تم تطوير العديد من الإستراتيجيات المعرفية في هذا الصدد وتتكون من :
- الصور الذهنية السارة .
- النشاط الإيقاعي المعرفي .
- التركيز الخارجى للإنتباه .
- تقدير الألم .
- التغلب الدرامى .
- التخيل المحايد .
- النشاط التنفسي .
- النشاط السلوكى .
- (شيرلى بيرس وآخر ، ٢٠٠٠)
- د - **العلاج بالتعليم** : خاصة الإستناد إلى إستراتيجيات الإسترخاء والتي أثبتت فاعلية فى العديد من الإضطرابات مثل :
- إضطرابات الألم .
- التبددين .
- التوهم المرضى .
- الصداع النصفى .

- عسر الطمث .. الخ .

فعلى سبيل المثال وجد أن إستخدام التدريب على الإسترخاء لدى مرضى الألم المزمن جد هام للأسباب الآتية :

أولا : قد يكون للتدريب على الإسترخاء تأثير عام على مستويات التوتر العضلي للجسم كله .

ثانيا : قد يرتبط الإسترخاء بخفض القلق .

ثالثا : تعمل إجراءات الإسترخاء فى حد ذاتها كمشتت للانتباه ، أى أن الإنتباه الى تمارين الإسترخاء والصور العقلية المصاحبة له يمكن أن يخفض من الإنتباه إلى المدخلات الحسية غير السارة .

رابعا : إن الاسترخاء قد يعمل على زيادة التحكم الذاتى المدرك لدى المرضى لانشطتهم الفسيولوجية وألمهم .

خامسا : إن العديد من الدراسات النفسية قد وجدت مالم الإسترخاء من نتائج جدا إيجابية وفاعلية فى علاج العديد من الإضطرابات .

(شيرلى بيرس وآخر ، ٢٠٠٠)

ثالثا : العلاج البيئى والاجتماعى : إن أثر البيئة والمجتمع فى نشأة وعلاج العديد من الإضطرابات الجسدية الشكل واضح . ومن هنا يمكن أن يتجه العلاج إلى :

- تحسين ظروف العمل .

- تحسين ظروف المنزل .

- حل الخلافات الزوجية .

- تشجيع الهوايات الخاصة للأشخاص من ثقافة وفنون أو رياضة أو الإيمان الدينى خاصة فى هؤلاء الذين يميلون بطبيعتهم إلى الناحية الدينية .

(أحمد عكاشة ، ١٩٩٨)

مسار ومآل الإضطرابات جسدية الشكل :

تتعدد مسارات ومآل الإضطرابات جسدية الشكل وذلك من خلال أخذ العديد من العوامل والأسباب فى الاعتبار عند تحديد مآل إضطراب بعينه لدى شخص مقارنة بنفس هذا الإضطراب - أو غيره - لدى شخص آخر .

وسوف نذكر فى عجالة مسار ومآل بعض الإضطرابات جسدية الشكل .

مسار إضطرابات التبددين :

- مسار مزمن تتخلله فترات تعافٍ قليلة . ومع ذلك قد تنقلب شدة الأعراض .
- ومن مضاعفات المرض : تعرض المريض لعمليات جراحية لا لزوم لها ، فحوص طبية متعددة ومتنوعة ومتكررة ، الإدمان ، الآثار الجانبية الضارة للعديد من الأدوية التي توصف للمريض بدون داع .

مسار إضطراب التحول :

المآل الحسن : ويظهر من خلال :

- ظهور الأعراض فجأة .
- وجود ضغوط نفسية واضحة أدت إلى ظهور الإضطراب .
- قصر الفترة الفاصلة بين بداية الإضطراب وتلقى العلاج .
- معدل ذكاء يفوق المتوسط .
- وجود بعض الأعراض مثل : الشلل - إحتباس الصوت - العمى .

المآل السيئ : ويظهر من خلال :

- وجود إضطرابات نفسية أخرى مصاحبة .
- دخول المريض فى مشكلات قضائية .
- وجود بعض الأعراض مثل : الرعشة ، نوبات التشنج .

مسار الإضطرابات المصطنعة :

- مسار مزمن فى العادة .
- يبدأ فى سن الرشد ولكنه قد يبدأ فى سن مبكرة عن ذلك .
- كثرة التردد على الأطباء وتاريخ متعدد لدخول المستشفيات وذلك يسعى المريض للحصول على الرعاية الطبية والإهتمام .
- يتصف هؤلاء المرضى بتعرضهم بشكل خاص للإدمان .
- يتحسن المآل إذا كان الإضطراب مصحوب بالإكتئاب أو القلق لاستجابتهما للأدوية النفسية .
- قد يتعرض المريض للوفاة نتيجة التدخلات الجراحية الكثيرة والتي قد تهدد حياته .

المراجع

- أحمد عكاشة (١٩٩٨) ، الطب النفسى المعاصر ، القاهرة ، مكتبة الانجلو المصرية.
- شيرلى بيرس ، جوس مايز (٢٠٠٠) ، فحص الألم المزمن فى كتاب : مرجع فى علم النفس الاكلينيكي للراشدين ، تحرير س. ليندزا ، ج . بول ، ترجمة صفوت فرج ، القاهرة ، مكتبة الانجلو المصرية ، ص ص ٧١٧ - ٧٣٦ .
- شيرلى بير ، جوس مايز (٢٠٠٠) المناحى النفسية لتدبير الألم المزمن فى كتاب : مرجع فى علم النفس الاكلينيكي للراشدين ، تحرير س. لينداس ، ج ، بول ، ترجمة : صفوت فرج ، القاهرة ، مكتبة الانجلو المصرية . ص ص ٧٣٧ - ٧٥٦ .
- فرج طه ، شاكركنديل ، حسين عبد القادر ، مصطفى كامل (١٩٩٣) موسوعة علم النفس والتحليل النفسى ، القاهرة ، دار سعاد الصباح .
- American Psychiatric Association (2000) Diagnostic and Staistical Manual of Mental disorder Editions . Washington D.C.
- Kaplan , A. , Sadock. B. (1996) Pocket hand book of clini cal psychlatry . london , Wiliams & Wilkins, Second Edition

الفصل السابع

اضطرابات التحكم في السلوك الإندفاعي واضطرابات التوافق

محتويات الفصل

- أ - اضطرابات التحكم في السلوك الإندفاعي .
- الوبائيات .
- أولاً : اضطراب النوبات العدوانية المفاجئة .
- معايير تشخيص اضطرابات النوبات العدوانية المفاجئة .
- ثانياً : هوس السرقة ، الوبائيات - التعريف - محكات التشخيص .
- ثالثاً : هوس إشعال الحرائق ، الوبائيات - التعريف - محكات التشخيص .
- رابعاً : هوس المقامرة المرضية ، الوبائيات - التعريف - محكات التشخيص .
- خامساً : هوس نتف الشعر ، الوبائيات - التعريف - محكات التشخيص .
- سادساً : اضطرابات تحكم في السلوك الإندفاعي لم يسبق تخصيصها .
- أسباب اضطرابات التحكم في السلوك الإندفاعي .
- علاج اضطرابات التحكم في السلوك الإندفاعي .
- المسار والمآل لاضطرابات التحكم في السلوك الإندفاعي .
- ب - اضطرابات التوافق ، التعريف - الوبائيات - الأنواع - محكات التشخيص .

الإضطرابات التحكم في السلوك الإندفاعي واضطرابات التوافق

Impulse - Control And Adjustment Disorder

وهو أحد إضطرابات القلق ، ويشير إلى مجموعة من الحالات الناتجة من الضيق الذاتى أو الإضطراب الإنفعالى غالباً ما تتداخل مع الوظيفة والإداء الاجتماعيين ، وتظهر أثناء فترة التوافق مع تغير ذى دلالة فى الحياة أو مع تبعات حادث حياتى شديد الإجهاد ، وقد يترك الحادث أثراً فى تكامل النسيج الاجتماعى والشخصى (موت عزيز خبرات انفصال) أو فى الشبكة الأوسع من الدعامات والقيم الاجتماعية (هجره) أو يعكس أزمة أو نقطة تحول عظيمة فى مسار نماء الفرد (الإحالة إلى التقاعد مثلاً) .

أولاً : إضطرابات التحكم فى السلوك الإندفاعى

الوبائيات :

- ١ - نوبات العدوان الفجائية : أكثر إنتشاراً بين الذكور .
- * تبلغ نسبة إنتشاره بين المترددين على خدمات الطب النفسى التابعة لإحدى الجامعات حوالى ٢ ٪ .
- * يوجد الذكور المصابون بالمرض فى المؤسسات العقابية بصورة رئيسية وذلك لإرتكابهم جرائم تدينهم وتجعلهم يقعون تحت طائلة القانون .
- * بينما توجد الإناث فى مستشفيات الطب النفسى .
- * هذا الإضطراب أكثر إنتشاراً بين أقرباء الدرجة الأولى للمصاب بهذا الإضطراب .

٢ - هوس السرقة :

- * نسبة إنتشاره غير معروفة .
- * أكثر إنتشاراً بين الإناث مقارنة بالذكور .

٣ - هوس إشعال الحرائق :

- * نسبة إنتشاره غير معروفة .
- * أكثر إنتشارا بين الذكور .
- * تشير البحوث إلى وجود علاقة بين أشعال الحرائق وممارسة القسوة مع الحيوانات المنزلية الأليفة .

٤ - المقامرة المرضية :

- * تتراوح نسبة إنتشار هذا الإضطراب - كمثال - في الولايات المتحدة الأمريكية بين ١ - ٣٪ .

- * هذا الإضطراب أكثر إنتشارا بين الذكور .
- * ينتشر الإدمان على الكحوليات بين اباء المضطربين بهذا الإضطراب .
(Kaplan, H., & Sadock, B., (1996)

٥ - هوس نكف الشعر :

- * نسبة إنتشاره غير معروفة .
- * قد يتزامن مع إضطراب الوسواس القهرى .
- * أكثر إنتشارا بين الإناث .
- * قد يتزامن - أيضا - مع إضطراب الإكتئاب والشخصية البيئية .
(Kaplan, H., & Sadock, B. (1996)
- * أشارت بعض الدراسات إلى أنه ينتشر بنسبة ٢٪ بين الجمهور العام .
- * الفروق بين الجنسين غير معروفة .
- * وإن الحالات التى تتقدم للعلاج من هذا الإضطراب بالعيادات النفسية من الإناث أساسا .
- * وإن الكثير من المترددات للعلاج ذكرن إنهن يقمن بهذا السلوك بصورة قهرية ، وإنهن قد قدمن للعلاج النفسى خوفا من الدخول إلى (الجنون) .
(Swedo, 1993)

تعريف إضطرابات التحكم :

وتعنى عدم القدرة على مقاومة الإنصياع لنزوه أو دافع يمثل خطرا على الآخرين ، وعلى النفس أو يولد فى نفس الفاعل شعورا باللذة والإشباع فى معظم الأحيان .

(Kaplan, H., & Sadock, B. (1996)

ويقسم الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع هذه النوبة من الإضطرابات الى (٦) فئات :

أولا : إضطراب نوبات العدوان الفجائية :

Inter mihent explosive Disorder

١ - تعريفه :

ويتصف بمجموعة من السلوكيات العدوانية التي تضر الآخرين .

٢ - معايير تشخيص إضطراب نوبات العدوان الفجائية وفقا للدليل الرابع :

- أ - عدة نوبات منفصلة تتصف بالعجز عن مقاومة النزعات العدوانية ، مما يؤدي إلى اعتداءات خطيرة على الغير أو تدمير الممتلكات .
- ب - عدم تناسب درجة العدوان التي تتبدى أثناء النوبة مع أية ضغوط نفسية / إجتماعية بصورة كبيرة .

ج - لا تنطبق على نوبات العدوان معايير إضطراب نفسى آخر مثل إضطراب الشخصية المناهضة للمجتمع أو إضطراب الشخصية البينية ، أو أى إضطراب ذهاني أو نوبة هوس ، أو إضطراب السلوك ، أو إضطراب قصور الإنتباه ، ونقص الحركة ، والا تكون النوبات نتيجة مباشرة لتعاطى مادة مخدرة أو دواء نفسى أو بسبب مرض عضوى (مثل تعرض الدماغ للرضّ ومرض الزهايمر) (APA. , 2000)

ثانيا : هوس السرقة : Kleptomania

- ١ - تعريفه : دفع قوى للسرقة ، بحيث تصبح وكأنها حواز أصيبت به الشخصية ، وعادة يسرق المريض بهذا المرض أشياء تافهة أو ليس فى حاجة إليها ، وكأن السرقة هدف فى حد ذاته ، والسرقة فى هذه الحالة تكون رمزا لدافع قوى فى أعماق المريض يجعله يفضل إنتزاع الاشباع بالقوة وبالشكل غير المشروع عما لو أتاه بشكل مشروع . ويكون دافع المريض بهوس (أو جنون) السرقة من القوة والالاحاح بحيث لا يستطيع مقاومته أو الهروب منه ، وهو دليل على فقدان الحب فى مستوى لاشعورى .

(حسين عبد القادر ، ١٩٩٣ ، ٢٨٦ - ٢٨٧)

٢ - معايير تشخيص هوس السرقة وفق الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع:

- أ - تكرار العجز عن مقاومة دافع سرقة أشياء لا يحتاج إليها السارق لإستخدامه الشخصى أو من أجل قيمتها المالية .
- ب - تصاعد الإحساس بالتوتر قبل الإقدام على إرتكاب السرقة مباشرة .
- ج - شعور باللذة والإشباع أو الراحة يصاحب قيامه بفعل السرقة .
- د - لا يقدم الشخص على السرقة للتعبير عن الغضب أو للإنتقام ، كما لا يسرق إنصياحا وإستجابة لضلالة أو لإحدى الهلاوس .
- هـ - لا تنطبق على السرقة معايير إضطراب السلوك ، أو نوبات مرض الهوس ، أو إضطراب الشخصية المناهضة للمجتمع .
(APA. , 2000)

ثالثا : هوس إشعال الحرائق : pyromania

- ١ - تعريفها : هو سلوك مرضى يتصف بالرغبة التى لا تقاوم إلى إشعال الحرائق من أجل الشعور بالسرور أو لإشباع دافع داخلى لا يستطيع مقاومته أو لتهدئة التوتر العنيف الذى يستشعره داخليا .
- ٢ - محكات تشخيص إضطراب هوس إشعال الحرائق وفقا للدليل التشخيصي والإحصائي الرابع .

- أ - تعدد إشعال الحرائق فى أكثر من مناسبة واحدة .
- ب - شعور بالتوتر أو الإثارة والإنفعالية يسبق القيام بالفعل .
- ج - الإنبهار بالحرائق ، والمواقف المحيطة بها والإهتمام بها أو الإنجذاب اليها ، والفضول بشأن كل ما يتعلق بها (مثل : الأدوات أو المعدات ذات الصلة بإشعال الحرائق ، وإستخدامها والعواقب المترتبة على ذلك الإستخدام) .
- د - إلا يكون الإقدام على فعل إشعال الحرائق بدافع تحقيق مكسب مادى ، أو بدافع عقيدة سياسية أو إجتماعية ، أو بدافع الإنتقام أو بدافع التعبير عن الغضب ، أو التحسين الظروف المعيشية أو إنطباعة لضلالة أو هلاوس ، أو نتيجة إختلال القدرة على صواب الحكم على الأمد (كما فى حالات الخرف والتخلف العقلى أو للتأثير بمادة مخدرة) .

- هـ - لا تنطبق معايير إضطراب نفسى آخر على إشعال الحرائق مثل : إضطراب السلوك ، أو نوبة هوس أو إضطراب الشخصية المناهضة للمجتمع .

رابعاً : هوس المقامرة المرضية (إدمان القمار) . Pathological gambling .

١ - التعريف : بداية يجب أن نشير إلى أن هناك مشكلة في تحديد مصطلح المقامرة المرضية للأسباب الآتية :

- أ - ندرة الحقائق المتعلقة بسلوك المقامرة .
- ب - كثرت المشكلات الخاصة بالمنهج السليم لدراسة سلوك المقامرة .
- ج - تضارب واختلاف النماذج الخاصة بسلوك المقامرة .
- د - كثرة المجالات التي تناولت سلوك المقامر حيث تم تصنيفها ضمن علم الإدمان Addictionology وعلم البيولوجيا والوراثة والباثولوجيا .. الخ .
- هـ - تداخل مصطلح المقامرة مع العديد من المصطلحات الأخرى مثل : المقامرة المرضية ، المقامرة المرضية الكامنة ، المقامرة المرضية المحتملة ، المقامرة القهرية ، إدمان المقامرة .. الخ .

لكن المقامرة كما يعرفها (فولبيرغ ومور) هي حالة أكلينيكية مرضية تنمو وتتطور لتؤدي إلى تمزيق شخصية الفرد وتهدد كيانه ومهنته وأسرته ، وكأن المقامرة بهذا الشكل مرض خبيث ينشب أظافره في جميع جوانب الشخصية والاجتماعية وله طبيعة الإنتشار والسرطان أي أنه إضطراب كلي دينامي ووظيفي في الخارج والداخل .
(أكرم زيدان ، ٢٠٠٥ ، ١٨ ، ٢٢)

٢ - معايير تشخيص المقامرة المرضية (إدمان القمار) وفق الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع :

أ - لعب القمار بصورة متصلة ومتكررة وغير متوافقة كما يتضح من توافر خمسة أو أكثر من المعايير الآتية :

١ - إنشغال البال بالقمار (مثل الإنشغال بالعودة إلى معاشة خبرات مغامرة سابقة ، أو التخطيط لجولة لعب القمار المقبلة أو التفكير في إفسادها ، أو الإنشغال بطرائق الحصول على المال اللازم لكي يمارس لعب القمار) .

٢ - الشعور بالحاجة إلى المقامرة بكميات متزايدة من المال لتحقيق الإثارة المرجوة .

٣ - فشل المحاولات السابقة المتكررة للسيطرة على المقامرة أو تقليل أو الكف عنها .

٤ - الشعور بعدم الإستقرار والعصبية عند محاولة التقليل من لعب القمار أو

التوقف عنه .

٥ - الإقدام على لعب القمار للهروب من المشكلات أو التخفيف عن المزاج (مثل مشاعر العجز أو الذنب أو القلق أو الإكتئاب) .

٦ - يعود الى لعب القمار بعد خسارة مالة التعويض خسائرة .

٧ - يكذب على أفراد الأسرة والمعالج لإخفاء مدى تورطه في لعب القمار .

٨ - إرتكاب أفعال غير مشروعته مثل التزوير أو النصب أو السرقة أو الإختلاس لتمويل إستمراره في اللعب .

٩ - إن يتسبب القمار في خسارة علاقة مهمة أو وظيفة أو فرصة دراسية أو مهنية .

١٠ - يعتمد على غيره في الحصول على المال للخروج من المآزق المالية التي يؤدي إليها لعب القمار .

ب - لا تنطبق على إدمان لعب القمار معايير تشخيص إضطراب نفسي آخر مثل نوبات الهوس .

(APA. , 2000)

خامسا: هوس نتف الشعر : Trichotillo mania

١ - تعريفه : إضطراب هوس نتف الشعر زمله أو مجموعة من الأعراض تتمركز حول نتف الشعر من الجسم بطريقة قهرية ، بحيث لا يستطيع الشخص (المصاب بهذا الإضطراب) أن يقاوم الدفعات التي تجعله ينزع الشعر من فروة الرأس، أو الحواجب ، أو الرموش أو أى منطقة أخرى من مناطق الجسم .. وإن الشخص لا يهدأ (أو يستقر قلقة إلا بعد أن يقوم بهذا السلوك ، وما أن يشعر بالهدوء حتى يعاود نزع الشعر مرة أخرى (إستجابة الدافع أو دفعات قهرية لا يستطيع الفكك منها) .

(Swedo, 1993)

٢ - معايير تشخيص هوس نتف أو نزع الشعر وفق الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع :

أ - نتف الشعر بصورة متكررة ، وبصورة تؤدي إلى فقدانه بصورة ملحوظة .

ب - أزدیاد الإحساس بالتوتر قبل نتف الشعر مباشرة أو عند محاولة مقاومته هذا الدافع للنتف .

ج - لا تنطبق على الحالة معايير اضطراب نفسى آخر ، أو أن ينتج ذلك من الإصابة بمرض عضوى مثل الإصابة بمرض جلدى .

هـ - أن يؤدي الاضطراب إلى معاناة اكلينيكية ظاهرة أو تعطل الوظائف الإجتماعية أو المرضية أو وظائف أخرى مهمة .

(APA. , 2000)

سادسا : اضطرابات تحكم فى السلوك الاندفاعى لم يسبق تخصيصها :

تشمل هذه الفئة اضطرابات التحكم فى السلوك الاندفاعى فى (مثل : نتف الجلد) التى لا تنطبق عليها معايير أى اضطراب محدد من هذه الاضطرابات ، كما تشمل اضطراب نفسى آخر من سماته : فقدان السيطرة على السلوك الاندفاعى من التى سبق وصفها فى الدليل مثل : الإعتماد على مادة (تعاطى مادة مخدرة) أو اضطراب أحد الانحرافات الجنسية .

(APA., 2000 . P . 284)

الأسباب :

تتعدد الأسباب والإجهادات التى قدمت ، الاضطراب التحكم فى السلوك الاندفاعى ، واضطرابات التوافق ، ويمكن حصر هذه الأسباب فى :

أولا : العوامل البيولوجية :

* الأبحاث قليلة فى هذا المجال بصفة عامة .

* وقد وجدت بعض المؤشرات التى تظهر فى رسام المخ الكهربائى لبعض الأنواع حيث وجدت تغيرات غير طبيعية .

* وقد ظهر على بعض المرضى تداخل فى سيطرة فصى المخ وبعض العلامات الطفيفة الدالة على إصابة الجهاز العصبى المركزى ولاسيما فى نوبات العدوان الفجائية .

* وجدت بعض الدراسات أن تناول المريض الذى لديه هذا الاضطراب للخمر والمخدرات فأن ذلك يقلل من قدرة الشخص على التحكم فى سلوكه الاندفاعى (إبطال الكف) .

(Kaplan,H. & Sadock, B . 1996)

ثانيا : الأسباب النفسية :

تتعدد الأسباب والعوامل النفسية فى هذا الصدد ، فعلى سبيل المثال تم دراسة

الأسباب إلى اللجوء إلى المقامرة من خلال منظورين :

الأول : أسباب المقامرة كما يدركها المقامرون : حيث تلخصت :

الأسباب من وجهة نظرهم فى :

١ - الرغبة الشديدة فى الفوز بالثروة الكبيرة .

٢ - التسلية والمتعة والتشوق والإثارة .

٣ - المسايرة الإجتماعية والإندماج فى وسط إجتماعى .

الثانى : دراسة الأسباب من وجهة نظر دينامية - سلوكية .

١ - اللجوء إلى ما يسمى بنموذج الحالة - الحاجة Need - State

Modle ويتلخص فى أن (حالة لديها إدمان القمار) ويجب النظر إليها كظاهرة

فردية تتشكل حسب ظروف كل فرد وحاجته الشخصية .

٢ - الأخذ فى الاعتبار سلوك المخاطر Rist - taking الموجود لدى

المقامر الذى يلجأ إليه لتحقيق العديد من الدوافع ، وإشباعا للعديد من الإحتياجات .

٣ - اللجوء إلى اللذة التى تتزايد أثناء المقامرة خاصة عند ما يريد المقامر

أن يهرب من بعض مشاكله باللجوء إلى القمار .

٤ - الإستعراضية لدى المقامر المرضى ، وهو دافع قهرى يجعل الفرد من

نفسه مركزا ثابتا للإنتباه .

٥ - النظارية لدى المقامر المرضى من خلال استراق النظر أو إختلاسه

لمشاهدة أشخاص أثناء اللعب .

٦ - السادية لدى المقامر المرضى من خلال لذة تعذيب الآخرين .

٧ - المازوخية لدى المقامر المرضى من خلال لذة تعذيب الذات .

(أكرم زيدان ، ٢٠٠٥ ، ٥٧ - ١١٠)

٨ - أو إرتباط هذه الأعراض (خاصة لعب القمار المرضى) باكتئاب مقنع

حيث يعبر اللعب عن رغبة لاشعورية فى الخسارة والتعرض بالتالى للعقاب .

(Kaplan, H. & Sadock. B. 1996)

التشخيص الفارق :

١ - صراع النص الصدغى Lemporal Lob Epilepsy يتصف

بوجود بؤر غير طبيعية فى الفص الصدغى تفسر نوبات العدوان أو هوس السرقة أو

هوس إشعال الحرائق .

٢ - إصابات الدماغ : يستطيع الممارس الكشف عنها باستخدام وسائل تصوير المخ التى تبين الآثار المختلفة عن الإصابة .

٣ - اضطراب القطبية المزدوجة النوع الأول : قد يمثل لعب القمار سمة من السمات المصا[pf] لنوبة الهوس .

٤ - الإضطرابات المرتبطة بتعاطى مخدر أو عقار وهذا يتضح من خلال القيام بدراسة الحالة .

٥ - الأمراض العضوية : ينبغي إستبعاد الأمراض العضوية أو أورام المخ والأمراض التنفسية ، وأمراض الغدد الصماء عند تشخيص فئة من فئات إضطرابات التحكم فى السلوك الإندفاعى .

٦ - الفصام : حيث أنه من المعروف أن مريض الفصام يعانى من الهلاوس والضلالات التى قد تساهم فى تفسير سلوكه الاندفاعى .

(Kaplan., H., & Sadock, B. 1996)

العلاج لإضطرابات التحكم فى السلوك :

تتعدد المداخل العلاجية على قدر تعدد المداخل التى تناولت الأسباب وسوف نشير بصفة عامة إلى أنواع العلاجات التى تصلح لعلاج إضطراب التحكم فى السلوك، ثم نخصص الحديث لعلاج كل إضطراب من إضطرابات التحكم فى السلوك على حدة .

أولا : العلاج بالدواء : وهذا النوع من العلاج يفيد خاصة إذا توافر فى العقار صفة توقف إعادة امتصاص أو تمثل مادة السيروتونين Serotonin فى المخ (وهو ناقل عصبى) ويوجد عقاران فى هذه الفئة هما :

مضادات الإكتئاب المسماه (فلوكسيتين) Flouxetine والأسم التجارى له بروزاك Prozac ، وعقار الكلوميبرامين Clomopramine والأسم التجارى له أنافرانيل Anafranil ، وقد أدت فاعلية هذه العقاقير إلى الإعتقاد بأن الإختلال فى تنظيم نقل السيروتونين فى المخ قد يؤدى إلى نشأ إضطراب (أو أكثر) لدى الفرد .
(Nevid. et . al., 1997 , P. 223)

ثانيا : العلاجات النفسية :

توجد الكثير من العلاجات النفسية نجملها فى الآتى :

١ - العلاج بنظرية التحليل النفسى : وتهدف إلى إعادة توافق المريض ، والتعامل مع دفاعاته ، وإعادة توافق الانا مع الواقع الخارجى عن طريق العديد من الفنيات النفسية (خاصة الطرح / المقاومة) .

إلا أن الابحاث التتبعية لهذا العلاج قد أثبتت قلة فاعليته

(Becaria & Hollander, 1993)

٢ - العلاج السلوكى : حيث ينظر العلاج السلوكى إلى أى سلوك على أنه متعلم أو يمكن القضاء عليه وعلاجه من خلال العديد من الفنيات التى تهدف إلى إعادة التعلم وتعديل سلوك الشخص عن طريق الإشتراط الكلاسيكى Classical Conditioning ، وأيضاً العلاج بالنفور Aversion therapy والعلاج بالمعنى Logotherapy والعلاج بالتنويم Hypo therapy ، والتدعيم المتبادل Mutual Support والإسترخاء .. الخ .

(عبد الستار إبراهيم ، ١٩٩٨) ، (عبد الستار إبراهيم وآخرون ، ١٩٩٣)

ثالثاً : الجراحة النفسية :

الجراحة النفسية Psych osurgery نوع خاص من جراحة المخ ، وتعرفها منظمة الصحة العالمية بأنها (إزالة جراحية إنتقائية أو توحيد لمسارات عصب وذلك لتأثيرها السلوكى ، وهى علاج جراحى لأمراض طبية نفسية معينة ناجمة عن أعطاب Lesions متمركزة فى أماكن مخية نوعية ، وتتسم بتوحيد نسيج تشريحى سليم بهدف إحداث تغير مرغوب فى السلوك أو من أجل شفاء أعراض نفسية مثل التوتر والقلق .

وقد قامت إحدى الدراسات باستعراض لحالات (٣٢٠) مريضاً تلقوا جراحة أسفل السطح الحجاجى أو المحجرى ، ووجدت معدلات تحسن كالاتى :

- ٦٩ ٪ للأكتئاب .

- ٤٤ ٪ للقلق .

- ٣٠ ٪ للعصاب الوسواس

ومع ذلك يقع المرضى الذين أجريت لهم الجراحة النفسية - من الناحية التاريخية - تحت ثلاث فئات تشخيص كبرى : الفصام المزمن ، الحالات النفسية الجسمية غير المتحكم فيها وحالات الألم غير المحتمل ، والمرضى ذوى الشخصيات

لمتماسكة الذين أنهكتهم التوترات الوسواسية إلى الحد الذي تعجزهم فيه .

(كولز ، ١٩٩٢ ، ص ص ٥٠٤ - ٥١١)

— وفيما يلي ستقدم العلاج المناسب لكل فئة من فئات إضطراب التحكم في سلوك الإندفاعي والسابق شرحها :

١ نوبات العدوان الفجائية : يستخدم في علاجها مزيج من العلاج الدوائي والعلاج النفسي ، وتستخدم مركبات مختلفة في محاولة للتخفيف من النوبات مثل : مركبات الفيفوثيازين ، والتوفرانيل ، والليثيوم . أما إذا كان رسام المخ الكهربائي غير طبيعي فيستخدم (التيجر بتول) المضاد للتشنج .

وجدير بالذكر إن مركبات البنزوبازابين بين المهدئة قد تزيد الحالة سوءا لما تسببه من إبطال للكف . ويستخدم دواء (الاندرا ل) الذي ينظم ضربات قلب البعض في حالات منتقاه .

أما عن العلاجات النفسية فقد ثبت فاعلية العلاج النفسي التدعيمي ، وكذا العلاج النفسي الأسري (خاصة إذا كان المريض في مرحلة الطفولة المتأخرة أو مرحلة المراهقة) ، كذلك من الممكن استخدام العلاج النفسي الجمعي لكن يجب إستخدام هذا النوع من العلاج بحذر خاصة عند إحتمال قيام المريض بأمكانية الإعتداء علي أفراد الجماعة الآخرين .

٢ - هوس السرقة :

— يصلح العلاج النفسي التحليلي في علاج الأفراد المضطربين بهذا النوع من الإضطراب ، خاصة وأن الرغبة في إمكانية فهم الدوافع الكامنة خلف هذا السلوك جد هامة (مثل : الشعور بالذنب ، والحاجة إلى الخضوع للعقاب وكأن الشخص في هذه الحالة يدور في دائرة مغلقة : يرتكب السلوك ثم يشعر بالذنب ثم يتعرض للعقاب فيشعر بالتخفف من الذنب فيعاود الفعل الإندفاعي (السرقة) مرة أخرى ، وهكذا .

— كذلك اثبتت العديد من الدراسات فاعلية العلاج السلوكي خاصة تعليم المريض أنماطا جديدة من السلوك بدلا من تلك السلوكيات الشاذة .

— أما عن العلاج الدوائي مع الأفراد المضطربين بمثل هذا النوع من الإضطراب فقد ثبتت من خلال العديد من الدراسات التتبعية إن إستخدام مثبطات إستعادة ناقل السيروتونين مثل :

البروزاك أو الفلوكزئين والتي أثبتت الكثير من النتائج إنها تفيد الكثير من الحالات .

٣ - المقامرة المرضية :

- العلاج النفسى التحليلى المقترن بجماعات الاقران التدعيمية ولاسيما جماعة لاعب القمار المجهول Gambler Anonymous ، ويهدف العلاج النفسى هنا إلى إمكانية التوقف عن لعب القمار بصفة نهائية وكاملة ، وتراعى فى علاج مثل هذه الحالات معالجة أى إضطرابات نفسية أخرى تكون متواجده مثل : الإكتئاب الهوس ، سوء إستخدام للمواد (أدمان كحوليات أو مواد مخدرة) أو إضطراب جنسى مصاحب .

٤ - هوس إشعال الحرائق :

- العلاج النفسى التحليلى وذلك لفهم الدوافع اللاشعورية التى تكمن خلف الإندفاع وراء هذا الفعل أو السلوك .

- العلاج النفسى السلوكى من خلال العمل على تعليم المريض أساليب سلوكية أخرى يشعر من خلالها باللذة (وليس من خلال اشعال الحرائق) .

- إمكانية التوصية بأدخال مثل هؤلاء المرضى (خاصة الحالات التى يستشعر فيها المعالج إن الحالة غير مسيطرة بدرجة كبيرة على سلوكياتها الإندفاعية) إلى المستشفى ، أو إتباع نظام المستشفى الليلى أو أى إطار علاجى منهجى يسمح بمراقبة هؤلاء الأشخاص حتى لا يقوموا بأضرار النيران .

٥ - هوس نكف الشعر :

- قد يستفيد المرضى من العلاج النفسى التدعيمى ومن خلال فنياتة العلاجية المختلفة والتى تعمل على تدعيم الثقة فى المريض والتحكم فى الكثير من إندفاعاته .

- العلاج النفسى التحليلى خاصة فهم الدوافع اللاشعورية وإصفاء مزيدا من الاستبصار وتحويل ما هو لاشعورى إلى شعورى .

- لا مانع من أن يراقق (أو يسبق) العلاج النفسى إعطاء العديد من الحالات (التى تحتاج الى ذلك) إلى العلاج بالأدوية ، حيث تستخدم مركبات البنزودبازينين فى حالة وجود درجة مرتفعة من القلق ، أو فى حالة ما إذا كان المريض يعانى من عرض أو أكثر من أعراض الإكتئاب فيتم إعطاء المريض مضادات الإكتئاب .

- من الممكن أيضا اللجوء إلى أساليب علاجية أخرى مثل :

(البيوفيدباك) أو الإرجاع الحيوى والذى يساعد الشخص على التدريب على إمكانية الإسترخاء ، والتخيل الإيجابى .

— وكذلك استخدام التنويم المغناطيسي .
(Kaplan, H. & Sadock, B. 1996)

المسار والمآل :

- يتوقف المسار والمآل الجيد على مجموعة من المحكات مثل : مدى معاناة الفرد من أكثر من اضطراب ، تاريخ الأسرى السابق ، وجود أو عدم وجود بيئة مساعدة أو سوية (أو غير ذلك) لكن المسار في مثل هذه الإضطرابات نستطيع تلخيصه في :
 - تتصف هذه الإضطرابات بمسارها المزمّن .
 - يتصاعد السلوك الإندفاعي في بعض الأحيان .
 - قد يتصف بعض السلوكيات الإندفاعية بالتحسن (خاصة هوس نتف الشعر) وأيضاً نجد سلوكيات اندفاعية أخرى لا يحدث فيها تحسن (مثل المقامرة المرضي كمثال) .
- (Kaplan, H. & Sadock, B. 1996)

ثانياً : إضطرابات التوافق Apjustment Disorders

الوبائيات :

- لا توجد الكثير من الدراسات حول هذا النوع من الإضطرابات .
- يكثر ظهوره إبان فترة المراهقة .
- ولكنه قد يصيب أي عمر من الأعمار .
- يلعب الاستعداد الشخصي للفرد دوراً أساسياً في تحديد احتمال حدوث وتشكيل مظاهر إضطرابات التوافق إلا أنه قد يحدث بعد تعرض الفرد لحادث ضاغط .
- يبدأ الإضطراب خلال شهر من ظهور الحدث شديد الكرب أو التغير في الحياة ولا تتجاوز فترة الأعراض عادة ستة شهور إلا بالنسبة للإستجابة الإكتئابية المطولة .

(أحمد عكاشة ، ١٩٩٨ ، ١٥٨)

تعريف إضطرابات التوافق :

- لكي نعرف إضطرابات التوافق أولاً يجب إن نشير إلى مفهوم التوافق النفسي

والذى يعنى : كل سلوك أو نشاط يهدف منه إلى تحقيق التوافق ، والتوافق النفسى يتضمن إشباع حاجات الفرد ودوافعه بصورة لا تتعارض مع معايير المجتمع وقيمه ولا تورط الفرد فى محظورات تعود عليه بالعقاب .

(فرج طه وآخرون ، ١٩٩٣ ، ص ٢٥٩)

ولذا فإن إضطرابات التوافق تعنى : إستجابات سلوكية مرضية لضغوط نفسية إجتماعية تؤدي إلى إعاقة (أو توقف) الوظائف الإجتماعية أو المهنية . وتتصف الضغوط السابقة بأنها فى إطار الخبرات العادية التى يمر بها غالبية الأشخاص (مثل ولادة طفل جديد ، الذهاب لأول مرة إلى المدرسة ، الزواج ، الفصل من العمل ، الطلاق ، الإصابة بمرض خطير .. الخ) .

(Kaplan, H. & Sadock, B. 1996)

تشخيص إضطرابات التوافق وفق الدليل التشخيصى والإحصائى الرابع :

أ - ظهور أعراض إنفعالية أو سلوكية نتيجة عامل ضاغط محدد خلال ثلاثة أشهر من التعرض للعامل (أو العوامل) المذكور.

ب - تنطوى الأعراض أو أنماط السلوك على دلالة إكلينيكية كما يتضح من ظهور أى من العرضين التاليين :

١ - معاناة ملحوظة تفوق المتوقع من التعرض لعامل أو عوامل من هذا النوع .

٢ - تعطل له شأنه فى الوظائف الإجتماعية أو المهنية أو المدرسية .

ج - لا تنطبق على الإضطراب المرتبط بالعامل الضاغط معايير إضطراب آخر من إضطرابات المحور الأول ، ولا تمثل مجرد إنتكاس لإضطراب سابق من إضطرابات المحور الأول أو الثانى .

د - لا تعبر الأعراض عن فجيرة .

هـ - لا تستمر الأعراض بمجرد زوال العامل الضاغط أو عواقبه مدة تتجاوز ستة أشهر أخرى .

حدد ما إذا كان الإضطراب :

حادا : فى حالة إستمراره مدة أقل من ستة أشهر .

مزمن : فى حالة إستمرار مدة ستة أشهر أو أكثر .

تُرقم اضطرابات التوافق وفق فئاتها الفرعية التي تستند إلى العرض السائد ،
ويدون الضاغطة المعنى على المحور الرابع .

الفئة الفرعية : وتنقسم إلى الفئات الآتية :

- اضطراب توافق إكتئاب الطابع .
 - اضطراب توافق مصحوب بالقلق .
 - اضطراب توافق مصحوب بمزيج من القلق والإكتئاب .
 - اضطراب توافق مصحوب بإضطراب السلوك .
 - اضطراب توافق بمزيج من اضطراب الإنفعال والسلوك .
 - اضطراب توافق غير محدد السمة أو الملامح .
- (APA. , 2000)

الإسباب : تتعدد الأسباب التي حاولت أن تفسر أسباب اضطرابات التوافق ،
ويمكن تلخيص هذه الإجهادات في :

١ - أسباب وراثية : تلخصت طباع القلق الشديد أكثر استعدادا من غيرهم
للتفاعل بصورة مفرطة للأحداث الضاغطة أو الإصابة باضطرابات التوافق في وقت
لاحق .

٢ - أسباب بيولوجية : حيث أثبتت بعض الدراسات أن الأشخاص الذين سبق
لهم الإصابة بأمراض عضوية خطيرة أكثر عرضة للوقوع في اضطرابات التوافق
مقارنة بغيرهم من الأفراد الذين لم يتعرضوا لتجربة المرض العضوى الخطير .

٣ - عوامل نفسية واجتماعية : حيث رصدت الأبحاث والملاحظات
الكلينيكية الآتى :

أ - يعد الأشخاص الذين مروا بتجربة فقد أحد الوالدين (أو كليهما) أثناء
مرحلة الطفولة) أكثر استعدادا للوقوع في اضطرابات التوافق .

ب - إن الأفراد الذين خبروا تجربة الحرمان (سواء أكان ذلك حقيقيا أو
متخيلا) أكثر استعداد للوقوع في هذه الاضطرابات .

ج - إن الأفراد الذين حرموا من التواصل والدفع مع الآخرين خاصة أبان
سنوات طفولتهم أكثر عرضة للوقوع في هذه الاضطرابات .

د - وجود علاقة ما بين القدرة على تحمل الاحباط في سن الرشد ومواجهة

الضغوط (وهذا ينتج عن زيادة القدرة على الصلابة النفسية) .
هـ - عدم إشباع الحاجات الأساسية في مرحلة الطفولة (خاصة) تجعل مثل هؤلاء الأفراد أكثر عرضة للوقوع في إضطراب سوء التوافق .
(Kaplan, H. & Sadock, B. 1996)

التشخيص الفارق :

- ١ - إضطراب الكرب الناتج من صدمة وإضطراب الكرب الحاد : يحدد نوع العامل الضاغط النفسى طبيعة التشخيص ، فالضغوط المرتبطة بإضطراب الكرب تتجاوز الخبرات البشرية العادية مثل : الحروب ، الإغتصاب ، الكوارث الجماعية ، الفيضانات ، التعرض للخطف والتحول إلى رهينة .
- ٢ - إضطراب الذهان المختصر : يتسم بوجود هلاوس وضلالات .
- ٣ - الفجعية غير المتوقعة بمضاعفات : تصيب الشخص قبل وفاة من يحبه أو فور وفاته أو بعد فترة قصيرة ، تعطل الوظائف المرضية والاجتماعية فى الحدود المتوقعة ، والتعافى .

العلاج : تتعدد المداخل العلاجية ومنها :

- ١ - العلاج الدوائى : حيث يعالج مضطربى التوافق بالآتى :
 - * يعالج المرضى بمضادات القلق (حسب نوع إضطراب التوافق إن كان مصحوبا بالقلق) .
 - * يعالج المرضى بمضادات الإكتئاب (حسب نوع إضطراب التوافق إن كان مصحوبا بالإكتئاب) .
 - * على المعالج توخى الحذر من الإستمرار فى وصف المهدئات لتجنب إدمان مثل هذه الأدوية ولاسيما عند إستعمال مركبات البنزوديازيبين .

٢ - العلاج النفسى :

- أفضل أنواع العلاجات النفسية هى العلاج السلوكى الذى ينهض على فنيات الاسترخاء والتنويم ، البيوفيدباك فى حالات المعاناة من القلق .
- من الممكن إستخدام فنيات العلاج النفسى التدعيمى مثل :
 - الإيحاء - الطمأنة - تعديل البيئة والمناقشة - الإقناع بدخول المستشفى عند الضرورة .

(Kaplan, H. & Sadock, B. 1996)

المسار والمآل :

- عن طريق مجموعة من المحركات يتحدد ما إذا كان المسار والمآل جيدا أو سيئا .

- وفيما يتعلق بمسار ومآل اضطراب التوافق نجد الآتى :

* تقل حدة معظم الأعراض بمرور الوقت دون اللجوء إلى العلاج ولا سيما عند إزالة العامل الضاغط الذى أحدث هذا الاضطراب .

* فى الفئات الفرعية (السابق ذكرها) فمن الممكن أن تتبع مسارا مزمنًا تكتنفه مخاطر الإصابة بإكتئاب ثانوى ، أو قلق ، أو اضطراب استخدام المواد المخدرة .

اضطراب توريت

Tourett's Disorder

نسبة الانتشار :

- كان يعتقد فيما مضى أن اضطراب توريت حالة نادرة .
 - أوضحت - بعد ذلك - العديد من الدراسات الوبائية الحديثة أن نسبة الإصابة بهذا الاضطراب تتراوح بين ١ر٠ إلى ٦ر٠٪ من الأولاد .
 - أوضحت الدراسات إن إنتشار اضطرابات (توريت) لدى البنات أقل مما هو عليه هذا الاضطراب لدى الذكور .
 - فى حين أوضحت بعض الدراسات أن نسبة اضطراب الأولاد الذكور لا تختلف عن نسبة اضطراب الإناث بنفس النسبة السابقة ١ر٠ إلى ٦ر٠ .
 - اشارة العديد من الدراسات أن العوامل الوراثية تلعب الدور الأساسى فى الإصابة بهذا الاضطراب ، وأن التهيؤ الوراثى الكامن يلعب دورا فى ذلك .
- (Leckman, 1993)

تعريف اضطرابات توريت :

هو شكل من اضطراب اللوازم فيه ، أو كان فيه لوازم حركية متعددة وواحدة أو أكثر من اللوازم الصوتية ، بالرغم من أنه لا يشترط تزامنه واللوازم الصوتية كثيرا ما تكون متعددة مع أصوات إنفجارية متكررة .. وقد تستخدم كلمات (وجمل فاحشة)

أحيانا تصاحب الحالة إصدار حركة إشارية قد تكون لها أيضا طبيعة فاحشة (بذاءة الحركة) .

(أحمد عكاشة ، ١٩٩٨ ، ص ٦٦٧)

تعريف اللزمة :

أ - فى موسوعة علم النفس والتحليل النفسى :

إستجابة حركية قهرية فى الأطراف أو فى الوجه وهى إستجابة لاإرادية وتعنى تعبيرا عن شدة مظاهر التوتر والقلق الإنفكالى الذى يعانى به الفرد أو يصاحب حالته المرضية . كما أنها تعنى سيكولوجيا رمزا لا شعوريا لمدى ما يعانى به الفرد من ضغوط أو صراعات يفتقد معها أسلوب الضغط الذاتى إزاء دفعاته اللاشعورية . وتكون اللزمات هى أحد الأساليب الدفاعية اللاتوافقية لمواجهة هذه الصراعات أو الضغوط أو ما يصاحبها من توتر إنفعالى شديد ، وهى تظهر عادة فى عديد من الإضطرابات النفسية ولكنها تعتبر إحدى الدفاعات المميزة والدالة فى العصاب الوسواسى القهرى .

(مصطفى كامل فى فرج طه وآخرون ، ١٩٩٣ ، ص ٦٥٩)

ب - فى الطب النفسى :

اللزمة : Tic تعنى حركة أو إيماء أو نطق صوت ما ، وتحدث بطريقة فجائية ومتكررة ، وكلها تحاكي أو تشبه بعض جوانب من السلوك السوى ، وتكون عادة ذات دوام قصير فيندر إن تدوم اللزمة أكثر من ثانية واحدة ، وتميل إلى أن تحدث على شكل نوبات Bouts وأحيانا تشتد فجأة Paroxysm وبشكل مسرحى (درامى) ويمكن أن تحدث اللزمات بصورة فردية أو جماعية أو على شكل تجمع (أو اكسترالى) وتختلف فى شدتها وقوتها .

وتأخذ اللوازم العديد من الأشكال مثل :

أ - اللوازم الحركية البسيطة الشائعة مثل : طرفة العين ، رجة الرقبة ، هزة الكتف ولوى قسماات الوجه .

ب - اللوازم الصوتية الشائعة : مثل : النباح ، الفحيح .

ج - لوازم صوتية مركبة : مثل تكرار كلمات بعينها وأحيانا استخدام كلمات (خارجة فى كثير من الأحيان) وغير مقبولة إجتماعية (بذاءة) Coprolalia .

د - لوازم أخرى غير محددة :

other and unspecified tic Disorders

(أحمد عكاشة ، ١٩٩٨ ، ٦٦٥ - ٦٦٨)

العلاقة بين اللزمات Tic واضطراب الوسواس القهري :

بالرغم من صعوبة التمييز بين اللزمات الحركية المركبة واضطراب الوسواس القهري إلا أن العديد من الدراسات قد أوضحت أن نسبة لا تقل عن ٣٠٪ من مرضى اضطراب الوسواس القهري قد تزيد عن ٤٠٪ منهم نجد لديهم تداخلا ما بين اضطراب اللزمات (أو توريت) واضطراب الوسواس القهري من خلال الآتى :

اللزمات مرتبطة بالأفكار الوسواسية :

ترتبط اللزمات مع الأفكار الوسواسية من خلال ملاحظة وجود دفعات حسية متكررة غير مرغوبة ، أو أفكار مرتبطة باللزمات ، أفكار مفادها أن إيقاع اللزمات فى حاجة إلى أن يكون منطقيا .

اللزمات والسلوك القهري :

حيث ترتبط اللزمات المركبة فى تداخل مع السلوك القهري من خلال زمله من (اللزمات الحركية والصوتية) مثل : النقر بالأصابع فى تتابع رتيب ، الشق ، لمس اشياء محددة ، التقبيل ، أفعال فاحشة ، الضرب ، العض . ومن هنا - كما يؤكد Leckman - ضرورته أن نميز بين اللزمات الحركية المركبة والسلوك والأفكار القهرية مع الأخذ فى الاعتبار أنه من الصعب التمييز بين الوعى الشعورى الكامن فى الدفعات الجسمية الحسية عن الأفكار الوسواسية .

(Leckman, 1993)

كما يجب الأخذ فى الاعتبار أن اللوازم قد تظهر فى اضطراب الهستيريا وتأخذ اللازمة عدة مظاهر فمن رجفة فى عضلات الوجه ، إلى إرتعاش فى جفون العين ، إلى حركة الرقبة أو الرأس فجأة إلى الجانب ، كذلك المبالغة فى حركات اليدين أو اللعب بالشارب أو الشعر أو ربطة العنق أو تسليق الحلق (النحنحة) .. الخ .

ويجب أن يتم التمييز ما بين اللوازم الهستيرية وما يحدث يعد الحمى المخية من لوازم لها طابعها الخاص .

(أحمد عكاشة ١٩٩٨ ، ص ١٧٤)

المحكات التشخيصية لاضطراب توريت وفق الدليل التشخيصى والإحصائى

الرابع :

أ - وجود كل من اللزمات الحركية المتعددة أو واحدة أو أكثر من اللزمات الصوتية في وقت معين في أثناء المرض ، على الرغم من أنه ليس من الضروري أن توجد معا .

(اللزمة : حركة أو صوت فجائي وسريع ومتكرر وغير منتظم ويقع في نمط أو قالب محدد) .

ب - تحدث اللزمات مرات متكررة في اليوم الواحد (في نوبات عاده) وتحدث كل يوم تقريبا أو بصورة متقطعة خلال فترة تزيد على عام واحدا وخلال هذه الفترة لا توجد مطلقا فترة متحررة من هذه اللزمات خالية منها لأكثر من ثلاثة أشهر متعاقبة .

ج - يسبب الإضطراب كربا وضيقا واضحا أو إعاقة كبيرة ، في الوظائف الإجتماعية والمهنية وغير هامة من المجالات المهمة .

د - تكون بداية الإصابة بهذا الإضطراب قبل سن ١٨ سنة .

هـ - لا يكون الإضطراب راجعا إلى الإثار الفسيولوجية المباشرة لتعاطي مادة ما (منبهة مثلا) أو نتيجة حالة طبية عامة خاصة الإصابة بمرض هنتنجتون (أو التهاب المخ التالي للعدوى الفيروسية) .

(APA. , 2000)

أنواع اللزمات : التصنيف الحالي لإضطراب اللزمات Tics كما ورد في الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع يضع اللزمات ضمن الإضطرابات التي تشخص غالبا في مرحلة الطفولة أو المراهقة وتشمل اللزمات (٤) أقسام هي :

- إضطراب توريت .

- إضطراب اللزمات الحركية أو اللفظية المزمن .

- إضطراب اللزمات العابر .

- إضطرابا اللزمات غير المحدد في مكان آخر .

(APA. , 2000)

تاريخ مختصر في الإهتمام باللزمات :

- تم ملاحظة اللزمات منذ فترة بعيدة .

- إلا أن الدراسة العلمية المنظمة للزلمات تعود إلى القرن التاسع عشر حين قدم (إيتارد) Itard عام ١٨٢٥ وكذا - جيل دي لاتوريت Gilleadleadourett والذي اتخذ هذا الإضطراب اسم هذا العالم الأخير (توريت) حيث وصفه وصفا كلاسيكيا ومفصلا في دراسة المأثوره (الكلاسيكية) عام ١٨٨٥ حين وصف تسع حالات تعاني من إضطراب اللزلمات ، إضافة إلى بعض الأعراض الأخرى من قبيل عدم التناسق أو التأذر الحركي ، فضلا عن (مهمات أو صيحات) غير مترابطة تصاحبها الفاظ منطوقه ومتسقة وقد تحاكي حديث الآخرين Echoalia أو الفاظ بذية فاحشة Coprolia أو بعد الوصف التفصيلي لكل حالة مرضية من الحالات التسع النموذجية التي أوردها (توريت) أنهى من تقريره إلى التأكيد على جانبين :

الأول : الإلتباط بين إضطراب اللزلمات وأعراض إضطراب الوسواس القهري ، حيث أن اللزلمات تكون من ضمن الزملة الرئيسية لإضطراب الوسواس القهري كما تكشف العديد من حالات الدراسة المتعمقة لبعض هذه الحالات :

الثاني : إن هذه اللزلمات يدخل فيها العامل الوراثي بصورة كبيرة جدا ، ولذا يجب إن يتجه البحث جيدا في هذا الصدد .

(Leckman , 1993)

أسباب إضطراب توريت :

أوضحت العديد من الدراسات إن الجانب الوراثي يلعب دورا هاما في الإصابة بهذا الإضطراب ، وقد بينت العديد من الدراسات التي استخدمت منهج دراسات التوائم الصنوية ما يدل على هذا الجانب الوراثي خاصة : حوادث قبل المولد ، والتعرض للعديد من الكوارث أو الضغوط الشديدة ، وكذا إستخدام المواد التي تعمل على تنبيه الجهاز العصبي المركزي ، أو تناول العديد من المواد لمؤثرة نفسيا .

في حين إن دراسات أخرى استنتجت إن (العقد العصبية القاعدية) Basal ganglia أو التركيب اللحائية والمهادية المرتبطة بها قد تكون مؤدية أو مسببة عن الأساس الفسيولوجي (الممهد والمفجر) لأمكانية الإصابة بهذا الإضطراب .

(Leckman, 1993)

- كذلك كشفت العديد من الدراسات التي تناولت (أسر يوجد به أكثر من مصاب بهذا الإضطراب) ما يؤكد فاعليه الجانب الوراثي من خلال تتبع أباء وأشقاء

وأبناء بل وأحفاد هذه الأسر وجدت هذه الدراسات إن نسبة الإضطراب تكاد تكون ثابتة ، وإن أفراد الأسرة الواحدة لديهم خطر مرتفع لتطوير سنى الإصابة بهذا الإضطراب مع إضطراب اللزمات الحركية المزمن وكذا إضطراب الوسواس القهرى أكثر من غيرهم من الأفراد غير المرتبطين معهم بقربة أو وراثة محددة .

وكل ما سبق يؤكد مرة أخرى على أن عامل الوراثة عاملاً جدهام فى الإصابة بهذا الإضطراب .

(Leck Man , 1993)

علاج إضطراب توريت :

يعتمد علاج اللوازم على العلاج السلوكى فى هيئة الممارسة السلبية بتكرار اللوازم أمام المرأة عدة مرات حتى تصبح ارادية أكثر منها لا شعورية وثبت نجاح العلاج بالعقار (بيموزيد) خاصة فى مرحلة توريت ، وحديثاً وجد أحمد عكاشة نتائج مشجعة من خلال إستخدام العقاقير المضادة للإكتئاب مع هذه الفئة من الإضطراب وخاصة مع زيادة الموصل العصبى السيروتونين .

(أحمد عكاشة ، ١٩٩٨)

المراجع

- ١ - أحمد عكاشة (١٩٩٨) ، الطب النفسى المعاصر ، القاهرة ، مكتبة الانجلو المصرية .
- ٢ - أكرم زيدان (٢٠٠٥) ، سيكولوجية المقامر : التشخيص والتنبؤ والعلاج ، الكويت ، عالم المعرفة ، العدد (٣١٣) ، المجلس الوطنى للثقافة والفنون والاداء .
- ٣ - حسين عبد القادر (١٩٩٣) ، مصطلح هوس السرقة فى قاموس علم النفس والتحليل النفسى ، إشراف فرج طه ، القاهرة ، دار سعاد الصباح . ص ص ٢٨٦ - ٢٨٧ .
- ٤ - عبد الستار إبراهيم (١٩٩٨) ، العلاج النفسى السلوكى المعرفى الحديث ، القاهرة ، مطبعة الموسيقى ، الطبعة الثانية .
- ٥ - عبد الستار إبراهيم ، عبد العزيز الدخيل ، رضوى إبراهيم (١٩٩٣) ، العلاج السلوكى للطفل - أساليبه ، ونماذج من حالاته ، الكويت ، عالم المعرفة ، العدد (١٨٠) المجلس الوطنى للثقافة والفنون والإداء .
- ٦ - فرج طه ، حسين عبد القادر ، شاكركنديل ، مصطفى كامل (١٩٩٣) ، موسوعة عالم النفس والتحليل النفسى ، القاهرة ، دار سعاد الصباح .
- ٧ - كولز (١٩٩٢) ، المدخل إلى علم النفس المرضى الإكلينيكى ، ترجمة : عبد الغفار الدماطى ، ماجده حامد ، حسن على حسن ، الأسكندرية ، دار المعرفة الجامعية .

and statistical manual of mental Disorders. 4 th. ed.
washngton. DC.

- 9 - Kaplan, H., & sadock, B. (1996) **Pocket Hand book of clini cal psychiatry**, London, williams & wikins, second Edition.
- 10 - Leckman, J. (1993) **Touyette's syndrme . in Hollander. E (Ed.) , obsessive - compulsive - related disordrs**, washington, DC. : American P'sychiatric Press.
- 11 - nevid,J., Rathus,s ap Greene, B. (1992) , **Abnormal Psychlogy in a changing world . new Jersey : Prentice Hall.** 3rd. ed.
- 12 - Swedo,s (1993) . **Trichotilloma. in . Hollander E, (Ed.), obsessive - compulsive - related disorder.** washington , DC : American psychiatyic press.

الفصل الثامن

الإضطرابات الانفصالية

Dissociative Disorders

محتويات الفصل

- تعريف الإضطرابات الانفصالية.
- أنواع الإضطرابات الانفصالية.
- ١ - فقدان الذاكرة الانفصالي؛
 - مدى الانتشار.
 - الأعراض والعلامات.
 - التشخيص وفقا للدليل التشخيصي والإحصائي الرابع.
- ٢ - التجوال الانفصالي؛
 - مدى الانتشار.
 - الأعراض والعلامات.
 - التشخيص وفقا للدليل التشخيصي والإحصائي الرابع.
- ٣ - إضطراب انفصال الهوية؛
 - مدى الانتشار.
 - الأعراض والعلامات.
 - التشخيص وفقا للدليل التشخيصي والإحصائي الرابع.
- ٤ - إضطراب اختلال الانية؛
 - مدى الانتشار.
 - الأعراض والعلامات.
 - التشخيص وفقا للدليل التشخيصي والإحصائي الرابع.
- ٥ - إضطراب انفصالي لم يسبق تخصيصه.
 - الأسباب.
 - العلاج.

الإضطرابات الانفصالية Dissociative Disorders

تعريف الإضطرابات الانفصالية :

تعد الإضطرابات الانفصالية أو التفككية أحد الأساليب الدفاعية، ويتجلى ذلك في الميل إلى الفصل أو التفرقة أو التقسيم ، حيث يحدث إنقسام يتفاوت تحديدا في الوظائف النفسية . فاذا أشد المرض فقدت الشخصية وحدتها حيث تنعزل مجموعة من العمليات العقلية عن الجانب الشعوري وتصبح مستقلة أو آلية .

(مصطفى كامل في : فرج طه وآخرون ، ١٩٩٣)

وقد كانت هذه الإضطرابات في الماضي تعرف باسم أعصاب الهستيريا الإنشقاقية والحقيقة إن عملية تحويل الإنفعال موجود في كل من الهستيريا والتفكك ، ولكن في الهستيريا يحدث التحويل إلى مرض جسمي ، وفي الانفصال والتفكك يحدث هروب إلى حالة من عدم الوعي .

(جامد زهران ، ١٩٩٨)

وتنقسم الإضطرابات الانفصالية إلى خمسة أقسام رئيسية :

- ١ - فقدان الذاكرة الانفصالي .
 - ٢ - التجوال الانفصالي .
 - ٣ - إضطراب انفصال الهوية (والمعروف أيضا بأزدواج الشخصية) .
 - ٤ - إضطراب إختلال الانية (أو الهوية) .
 - ٥ - إضطراب انفصالي لم يسبق تخصيصه أو تصنيفه .
- ولعل الصفة الأساسية المشتركة بين هذه الأقسام هي :

- فقدان الذاكرة .
- فقدان الوعي .
- فقدان الهوية .
- فقدان إدراك البيئة نتيجة لأسباب نفسية .

— إن هذه الاضطرابات لا تصاحبها أمراض عضوية في المخ .
وسوف نتناول في هذا الفصل كل اضطراب من الاضطرابات السابقة على حده

١ - اضطراب فقدان الذاكرة الانفصالي :

dissociative amnesia

مدى الانتشار :

- يعد اضطراب فقدان الذاكرة الانفصالي أكثر اضطرابات الانفصالية إنتشارا .
- لا توجد نسب محددة لمدى إنتشاره أو بانياته .
- يحدث كرد فعل للكوارث والأزمات الحادة .
- يحدث عادة أثناء الحروب .
- أكثر إنتشارا بين الإناث مقارنة بالذكور .
- يبدأ في سن المراهقة وسن الرشد المبكرة .

تعريفه :

هو عبارة عن طمس (كلى أو جزئى) للذاكرة الخاصة بخبرة اليمة سابقة ، ويكون عادة نتيجة للكبت (أى أن الخبرة تظل فى غياهب اللاشعور) وعندما يواجه المريض موقفا يرمز إلى الخاصة المكبوتة تتعطل ذاكرته الواعية ليتجنب القلق .
وقد يشمل فقدان الذاكرة نسيان المريض أسمه وسنه ومحل إقامته ولا يتعرف على أهله أو أصدقائه ولكنه يظل محتفظا بقدرته على الكتابة والكلام ويبدو عاديا فيما عدا فقدان الذاكرة الخاص .

(حامد زهران ، ١٩٩٨)

وقد ينسى المريض أحداث فترة زمنية قصيرة ، وقد يظهر على المصاب أحيانا عدم الأكتراث بفقدان الذاكرة .

العلامات والأعراض :

- فقدان ذاكرة فجائى فى العادة .
- يدرك الشخص أنه فقد الذاكرة .
- يتسم باليقظة قبل فقدانها وبعده .

— كما قد يحدث إختلال طفيف فى الوعي .

معايير الدليل التشخيصى والإحصائى الرابع لتشخيص فقدان الذاكرة الانفصالى :

أ - يتصف النمط السائد للإضطراب بنوبات من العجز عن استرجاع معلومات شخصية هامة ذات طابع صارم أو مؤلم فى العادة على نطاق واسع يتجاوز النسيان العادى .

ب - الا يقتصر ظهوره على فترات الإصابة بإضطراب الهوية الانفصالى أو التجوال الانفصالى أو اضطراب الكرب الناتج عن صدمة أو اضطراب التبدل والـ يكون نتيجة فسيولوجيه مباشرة لتعاطى مادة (مخدرة أو دواء) أو مرض عصبى ، أو مرض عضوى آخر مثل اضطراب النساوه الناتج عن إصابة الدماغ .

ج - إن تسبب الأعراض معاناة اكلينيكية واضحة للمريض ، أو إخلال بوظائفه الإجتماعية أو المرضية أو بوظائف أخرى مهمة .

(APA. , 2000)

٢ - اضطراب التجوال الانفصالى : Dissociative Fugue

مدى الإنتشار :

- هذا الإضطراب نادر الحدوث .
- لا توجد بيانات إحصائية دقيقة توضح مدى إنتشاره .
- ينتشر بشكل خاص بعد الكوارث .
- ينتشر أيضا - بعد الحروب .
- تختلف نسب حدوثه بين الجنسين .
- ليس له عمر بداية محدد .

تعريفه :

هو إضطراب يظهر فى سفر الشخص المفاجئ وغير المتوقع بعيدا عن منزله أو عمله ، وعجزه عن تذكر جوانب مهمة من هويته السابقة (الأسم والاسرة ، والمهنة) . وينتحل هوية جديدة فى أحيان كثيرة وفترة التجوال هذه قد تطول وقد تقصر ، وقد يمارس أثناءها العديد من الأنشطة والأعمال ، حتى إذا أفاق من نوبة التجوال هذه عادة إلى بيته وأهله وعمله .. وغالبا ما تفشل المحاولات فى جعل الفرد يتذكر مالمذى

حدث أثناء نوبة التجوال .

(Kaplan, H. Sadock, B. 1996)

الإعراض والعلامات :

- تجوال على نحو هادف .
 - هذا التجوال يكون لمسافات طويلة في العادة .
 - ينسى حياته الماضية .
 - لا يشعر عادة أنه فقد الذاكرة .
 - يفتحل هوية جديدة .
 - يتسم سلوكه قبل النوبة وبعدها (نوبة التجوال) بالسواء .
- معايير الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع لتشخيص التجوال الانفصالي :
- أ - سمته الرئيسية السفر أو الانتقال المفاجئ وغير المتوقع بعيدا عن المنزل أو مكان العمل المعتاد المصحوب بالعجز عن تذكر الشخص لماضيه .
 - ب - الذهول المؤدى إلى عجز الشخص عن تحديد هويته .
 - ج - إنتحال الشخص لهوية جديدة (كاملة أو جزئية) .
 - د - الا يقتصر ظهور التجوال على فترات الإصابة باضطراب انفصال الهوية، ولا يكون نتيجة مباشرة لتأثير مادة أو عقار أو مرض عضوى (مثل صرع الفص الصدغى) .
 - هـ - إن يسبب هذا الإضطراب للمصاب معاناة ملحوظة أو خلل فى أدائه الوظائف الإجتماعية أو المهنية أو أى وظائف أخرى مهمة .
- (APA. , 2000)

٣ - إضطراب انفصال الهوية (أو ازدواج الشخصية) :
dissociative identity Disorder (Multiple. P.D)

مدى الانتشار :

- هذا الإضطراب ليس نادرا كما قد تعتقد .
- يصيب حوالى ٥٪ من المرضى النفسيين .
- يظهر عادة فى المراهقة وسن الرشد المبكرة .
- (كما قد يظهر فى بعض الحالات قبل سن المراهقة) .

- أكثر إنتشارا بين الإناث مقارنة بالذكور .
- ترتفع نسبة حدوثه بين أقرباء الدرجة الأولى .

تعريفه :

نوع من الإضطراب تتمثل أعراضه الرئيسية في أن يتواجد مع شخصية الفرد الأساسية - التي يعرفه الناس بها - شخصية أخرى أو أكثر ، بحيث تتمايز على سنها وتتعارض في خصائصها وتسود في الفترة المعنية وفي هذه الحالة يكون لكل شخصية اسم خاص ، وهوية خاصة ، وصفات خاصة ، وعلاقات خاصة ، وأنشطة خاصة ، ولا تعي الشخصية الأساسية من هذه الشخصيات الأخرى شيئا ، وإن علمت عنها شيئا أدركتها على أنها مستقلة عنها مقطوعة الصلة بها أو أشارت إليها بضمير الغائب . وهكذا تكون الحال بين بقية الشخصيات .

وينتقل الفرد من شخصية إلى أخرى بشكل مفاجئ وغالبا ما يكون في فترات الضغط النفسي .

(فرج طه وآخرون ، ١٩٩٣)

العلامات والأعراض :

- شخصية واحد أو أكثر واضحة المعالم .
- تسيطر كل منها على سلوك المريض وتفكيره في حالة وجودها .
- تتحول من شخصية إلى أخرى بصورة مفاجئة .
- عدم تذكر الشخصيات الأخرى بصفة عامة .
- قد تدرك بعض الشخصيات جوانب تتعلق بالشخصيات الدخيلة .
- لكل شخصية جديدة ذكرياتها وتفكيرها المترابط مثل اختلاف معدل الذكاء .
- قد تختلف الشخصيات الأخرى من ناحية النوع والسن .
- قد تبدى شخصية دخيلة واحدة أو أكثر أعراض مرض نفسى مصاحب مثل إضطراب الوجدان أو إضطراب الشخصية .

معايير الدليل التشخيصى الإحصائى الرابع لتشخيص انفصال الهوية :

- أ - ظهور هويتين أو شخصيتين أو أكثر (لكل منهما نمط إدراك للبيئة والذات والتفاعل معهما والتفكير فيهما يتصف بالإستمرار) .

ب - إن تتحكم إثنان من تلك الهويات أو الشخصيات على أقل تقدير في سلوك المريض .

ج - عجز المريض عن تذكر معلومات شخصية مهمة يصعب إرجاع كثرتها إلى النسيان العادي .

د - إلا يكون الإضطراب نتيجة مباشرة لتأثير مادة أو عقار أو مرض عضوى .

ملحوظة : لا تفسر الأعراض في الأطفال إنها نتيجة اللعب مع رفيق وهمى أو أى نوع آخر من لعب الطفولة الخيالى .

(APA. , 2000)

٤ - إضطراب إختلال الانية : depersonalisation Disorder
مدى الإنتشار :

- يندر ظهور الإضطراب بصورته النقية .

- نمطة الشائع نوبات منطقية من إختلال الانية .

- يندر ظهوره بعد سن الأربعين .

- قد ترتفع نسبته بين الإناث .

تعريفه :

هو إضطراب يشكو فيه الشخص من تغير كیفى فى نشاطه العقلى والجسدى أو العالم المحيط به بحيث تبدو هذه الأشياء غير حقيقية وبعيده أو آلية ، وقد يشير إلى أن حركاته وسلوكه لم تعد تلك الخاصة به ، وأن جسده يبدو مفقدا للحياة ، أو معزولا ، أو غريبا ، وأن العالم من حوله يبدو مفقدا للون والحياة . وتبدو الحياة كمسرح يتناول عليه الناس تمثيل الادوار . وفى بعض الأحيان قد يشعر الشخص كأنه يشاهد نفسه من على بعد أو كأنه ميت . وتحدث هذه الظاهرة فى الغالب فى إطار إضطراب إكتئابى وإضطراب الرهاب وإضطراب الوسواس القهرى .

وإن الشخص ينظر إلى نفسه وكأن شعوره منفصل عن جسمه أو ذاته كالشعور بأنه يعمل بطريقة آلية أو يعيش فى حلم .

(أحمد عكاشة ، ١٩٩٨)

العلامات والأعراض :

- شعور دائم ومستمر بعدم واقعية الجسم والذات .

- يوجد قدر من اختبار الواقع .
- يشعر بنشوة في إدراكه للزمن .
- يشعر بنشوة في إدراكه للمكان .
- يتخيل أن أطرافه كبيرة أو صغيرة .
- ينتشر شعور بغرابة ولا معقولية العالم الخارجى .
- يشعر - فى بعض الأحيان - وكأنه إنسان آلى .
- تكثر شكوى الشعور بالدوران .
- تتكرر لديه مجموعة من الأفكار الإكتئابية والوسواسية والقلق .
- منشغل دوماً بالجسم ووظائفه .

معايير تشخيص اضطراب إختلال الانية وفقاً للدليل التشخيصى الإحصائى

الرابع :

أ - خبرات متصلة ومتكررة تتصف بالشعور بالإنفصال عن الجسم أو العمليات الفكرية ومراقبتها كشخص آخر خارجى (مثل الشعور بأن الإنسان فيما يشبه الحلم) .

ب - يحتفظ المريض خلال النوبات بقدرته على اختبار الواقع .

ج - يسبب إختلال الانية لصاحبه معاناة ملحوظة أو خلل فى وظائفه الإجتماعية أو المرضية أو فى مجالات وظيفية أخرى مهمة .

د - لا تقتصر ظهور إختلال الانية على نوبات الإصابة بمرض نفسى آخر كالفصام أو اضطراب الهلع أو اضطراب انفصالى آخر ، ويشترط الا يكون نتيجة فسيولوجية مباشرة لتعاطى مادة مخدرة أو دواء أو مرض عضوى (مثل صراع الفص الصدغى) .

(APA. , 2000)

هـ - اضطراب انفصالى لم يسبق تخصيصه :

dissociative disorder not otherwise specified

تعريفه :

أعراض انفصالية بارزة يبد أن معايير تشخيص الاضطراب الانفصالى بعينها لا تنطبق بشكل كامل على السمات الاكلينيكية الرئيسية ومنها على سبيل المثال :

إضطرابات سمتها الرئيسية عرض انفصالي مثل : إضطراب وظائف الهوية أو الذاكرة أو الوعي التكاملية أو غيرها والتي لا تنطبق عليها معايير إضطراب انفصالي محدد .
أمثله :

- ١ - الشعور بغربة البيئة غير المصحوب باختلال الانية .
- ٢ - حالات انفصالية تصيب أشخاص تعرضوا لعمليات مستمرة . أو متقطعة من غسيل المخ والتلقين المتبعان مع الارهابيين وبعض المعتقلين .
- ٣ - الغيبوبة ، والذهول وفقدان الوعي التي لا تعود لمرض عضوى ، حالات السفر المفاجئ وغير المتوقع والسلوك المنظم وعدم إرتباط فقدان الذاكرة على تذكر ماضى الشخص المعنى بانتحاله هوية أو شخصية جديدة .
وغیرها من الأمثلة التي لم تشخص بعد .

أسباب الإضطرابات الانفصالية :

تعدد الأسباب التي تعود إلى أمكانية الإصابة بإضطراب أو أكثر من الإضطرابات الانفصالية (السابق الحديث عنها) ويمكن إجمال هذه الأسباب في مجموعتين هما :

أولا : الاسباب الوراثية : حيث تلعب الوراثة دورا هاما - بالإضافة إلى العديد من العوامل البيولوجية في احداث بعضا من الإضطرابات الانفصالية مثل : حدوث صدمة أو إرتجاج فى المخ ، جرح بالمخ تم عن إصابة ، أو مواصلة الإدمان خاصة إدمان المواد الكحولية (غير النقية) وكل ما سبق يقود إلى إمكانية الإصابة بإضطراب النساوه أو فقدان الذاكرة .

(Kaplan, H. & Sadock, B. 1996)

ثانيا : الأسباب النفسية : تلعب الأسباب النفسية دورا مؤثرا وجد هام فى إمكانية الإصابة بإضطراب أو أكثر من الإضطرابات الانفصالية خاصة تعرض الفرد للعديد من أنواع الضغوط التي قد تفوق قدرته على تحملها ، وكذا استمرار هذه الضغوط دون أن يصدر عن الفرد ما يشير إلى إتخاذه خطوات لتخفيف حدة هذه الضغوط أو كذا المرور بالعديد من الصدمات النفسية التي تعقب تعرض الفرد للعديد من الكوارث .

(محمود حموده ، ١٩٩١)

علاج الإضطرابات الإنفصالية :

تتعدد العلاجات التي تقدم لمرضى الإضطرابات الإنفصالية ما بين العلاج النفسي خاصة العلاج السلوكي فى الغالب والعلاج بالتحليل النفسى للكشف عن الديناميات النفسية التى تكمن خلف الإضطرابات ودلالاته ومغزاه ، وكذا العلاج الإجتماعى البيئى ، وكذا العلاج الدوائى المتنوع من خلال بعض العقاقير ، أو إجراء بعض الجراحات النفسية ، أو العلاج بجلسات الكهرباء وغيرها من أنواع العلاجات المناسبة لطبيعة الإضطراب .

(أحمد عكاشة ، ١٩٩٨)

(Kaplan, H. Sadock, B. 1996)

المراجع

- أحمد عكاشة (١٩٩٨) ، الطب النفسي المعاصر ، القاهرة ، مكتبة الانجلو المصرية .
- محمود حمودة (١٩٩١) ، الطفولة والمراهقة - المشكلات النفسية والعلاج ، القاهرة ، الناشر المؤلف .
- مصطفى كامل (١٩٩٣) تعريف مصطلح الإضطرابات الإنفصالية، فى موسوعة علم النفس والتحليل النفسى ، إشراف فرج طه ، القاهرة ، دار سعاد الصباح .
- حامد زهران (١٩٩٨) الصحة النفسية والعلاج النفسى ، القاهرة ، عالم الكتب : الطبعة الرابعة ،
- فرج طه وآخرون (١٩٩٣) موسوعة علم النفس والتحليل النفسى ، القاهرة ، دار سعاد الصباح .
- American psychiatric associatlion (2000) **Diagnostic and statistical manual of mental Disorders**,4 th,ed. washkngton, DC.
- Kaplan, H., & Sadocek, B. (1996) . **pocet Hand book of clinical psychiatry**, London, williams & wikins, Sed.

الفصل التاسع

إضطرابات الأكل

Eating Disorder

محتويات الفصل

- وبائيات إضطراب الأكل.
- تعريف إضطراب الأكل.
- من أنواع إضطرابات الأكل.
- أ - فقدان الشهية العصبي، التعريف - محكات التشخيص
- ب - الشره العصبي، التعريف - محكات التشخيص.
- العلاقة بين إضطرابات الأكل وبعض الإضطرابات النفسية الأخرى.
- أسباب إضطرابات الأكل.
- علاج إضطرابات الأكل.
- مسار ومآل إضطرابات الأكل.

إضطرابات الأكل

Eating Disorder

مقدمة :

تمثل نوبات الأكل العلاقة بين الحالة النفسية للفرد وبين الرغبة الملحة لتناول الطعام أو العزوف عنه ، وهذه العلاقة ليست جديدة فهي معروفة منذ زمن بعيد ، وقديما كانت تصنف إضطرابات الأكل ضمن الإضطرابات السيكوسوماتية إلى أن صدر الدليل التشخيصي والإحصائي الثالث المراجع DSM IIIR 1987 . وأعقبه الدليل الرابع لعام ١٩٩٤ ووضع هذه الفئة من الإضطراب منفصلة تحت عنوان إضطرابات الأكل ، وهذه الإضطرابات تتميز باختلال كبير في سلوك تناول الطعام .
(زينب شقير ، ٢٠٠٤ ، ص ٣١)

وبائيات إضطراب الطعام :

سوف يقتصر تناولنا في إضطرابات الطعام على نوعين فقط هما :

أ - فقدان الشهية العصبي Anorxia nervosa .

ب - الشره العصبي Bulimia nervosa .

أ - وبائيات فقدان الشهية العصبي : تتعدد نتائج الدراسات الخاصة بهذا الإضطراب لكن نستطيع رصد النتائج الآتية :

- يقدر نقص الوزن لدى الأفراد الذين يعانون من إضطراب فقدان الشهية العصبي بين ١٠٪ إلى ٥٠٪ وإنهم يتميزون بفقدان أوزانهم الأصلية ، ويقدر نقص الوزن لدى هؤلاء المرضى بأنه قد يصل إلى ١٥٪ على الأقل من وزنهم الأصلي .

(أحمد عبد الخالق ، ١٩٩٧ ، ٣٢ - ٣٣)

- في دراسة قامت بها زينب شقير عام ١٩٩٨ من خلال عينة قوامها (٦٢٥) طالب وطالبة من جامعة طنطا ، توصلت نتائجها إلى أن النسبة المئوية لإنتشار فقدان الشهية تصل إلى ٨٩٢٪ لدى الذكور ، وكانت ١٥٤٥٪ لدى الإناث ، وهذا يؤكد تزايد هذه الظاهرة بين شبابنا .

(زينب شقير ، ٢٠٠٤ ، ص ٤٥)

- إن فقدان الشهية العصبي هو أكثر شيوعا لدى المراهقات ذوات الخلفية الإقتصادية الإجتماعية المرتفعة على الرغم من أن ٩٠ - ٩٥ ٪ من المصابين بفقدان الشهية العصبي من الإناث إلا أن الرجال قد تظهر لديهم تلك الحالة أحيانا .

- تتباين التقييمات المعاصرة لهذا الإضطراب ، ولكن ما يقرب من ١ ٪ من المراهقات يتأثرن بالإضطراب وقد يكون مسار الإضطراب مزمنًا ، ولذا فإن ٥ ٪ من المصابين بفقدان الشهية العصبي يجوعون حتى الموت .

(جين وأردل ، ٢٠٠٠ ، ص ص ٥٩٥ - ٦١٨)

ب - وبائيات الشره العصبي :

- يبدأ إضطراب الشره العصبي في المراهقة عادة .
- تشيع لدى الإناث أكثر من الذكور .
- تنتشر نسبة ٤ ٪ تقريبا لدى النساء ، ٥ ٪ لدى الرجال .
- إن البدانة في المراهقة يمكن أن تهئ الشخص وتجعله مستعد للدخول في إضطراب الشره في مرحلة الرشد وما بعدها .

(APA. , 2000 , PP. 545 - 550)

- في حين قدرته بعض الدراسات الأخرى بنسبة إنتشاره بين النساء أكثر من الرجال بنسبة ١ إلى ٣ ٪ تقريبا ، وإن كان نادرا ما يظهر بأعراضه الواضحة لدى الرجال .

(Walson, 1993)

- في حين ذكرت نتائج دراسات مسحية لإضطراب الشره العصبي الآتي :
 - * معدل الإصابة بهذا الإضطراب غير معروفة بدقة لانه مشكلة سرية أساسا .
 - * ربما كان حوالي ٢ ٪ من السكان في عمر الدراسة الجامعية لديهم هذا الإضطراب (بإحدى صورة المتعددة) .
 - * يبدأ الإضطراب في نهاية العقد الثاني من العمر في الغالب .
 - * وهو لدى النساء أكثر شيوعا من الرجال .
 - * قد يظهر الشره العصبي (كعرض أو إضطراب في حد ذاته) وقد يرافقه العديد من الإضطرابات الأخرى مثل الإكتئاب ، أو إدمان الكحوليات .

* يقرر بعض المصابين بفقدان الشهية العصبي أنهم ليس لديهم شهية للأكل ، ولكننا نجد لدى بعضهم نوبات من الأكل المفرط ، ويقرر ٦٩٪ منهم وجود حفزات قوية لديهم تدفعهم لأن يأكلوا ، وإن ٥٠٪ من فاقدى الشهية العصبيين لديهم نوبات من الأكل الصاخب .

(أولتمانز وآخرون ، ٢٠٠٠ ، ص ٣٦٣)

– وفي مصر قامت زينب شقير بدراسة الشره العصبي لدى طلاب جامعة طنطا عام (١٩٩٨) وكانت نسبة إنتشاره لدى الإناث ١٠٪ و ٧٠٦٪ لدى الذكور . وتعد هذه النسبة مرتفعة إلى حدا ما .

(زينب شقير ، ٢٠٠٤ ، ص ٣٩)

تعريف اضطرابات الأكل :

هى إختلال فى سلوك تناول الطعام وعدم الإنتظام فى تناول الوجبات ما بين الإمتناع القهرى عن تناول الطعام ، أو التكرار القهرى لتناول الطعام فى غير مواعيده ، وبكميات تزيد عما يتطلبه النمو الطبيعى للفرد والذي قد يصحبه محاولة من الفرد للتخلص من الطعام الزائد عن حاجة الجسم .

(زينب شقير ، ٢٠٠٤ ، ص ٣١)

وفى الدليل التشخيصى والإحصائى الرابع DSM IV للأمراض النفسية والعقلية متضمنا اضطرابات الأكل فى موضعين :

أولا : اضطرابات تشخص لأول مرة عادة فى المهد أو الطفولة المبكرة وتضم (٣) فئات فرعية هم :

أ – إشتهاء أطعمة شاذة pica

ب – اضطراب الأجتار Rumination Disorder .

ج – اضطراب الطعام Feeding Disorder .

ثانيا : اضطرابات الأكل التى تشيع أكثر فيما بعد مرحلة الطفولة .

وتضم فئتين اضطرابيتين هما :

أ – فقدان الشهية العصبي .

ب – زيادة الشهية العصبي .

وسوف يقتصر حديثنا فى هذا الفصل على الفئتين (فقدان الشهية ، وزيادة الشهية) للأسباب الآتية :

- ١ - إنهما من أكثر الإضطرابات شيوعا فى فئة إضطرابات الأكل .
- ٢ - إجراء العديد من الدراسات حول هذين النوعين من الإضطرابات .
- ٣ - إمكانية تحديد (معايير) معينة يتم من خلالها التشخيص .
- ٤ - وجود العديد من الإجتهدات العلاجية لهذين النوعين (تحديدا) من إضطرابات الأكل .

أولا إضطراب فقدان الشهية العصبى :

تعريفه : هو إضطراب يتميز بفقدان وزن واضح تحدثه أو تحافظ عليه المريضة نفسها ، ويحدث المرضى غالبا فى الفتيات المراهقات والشابات من النساء ولكن قد يصاب به الفتيات المراهقين والشباب ولكن بدرجة أكثر قدره ، كما قد يصيب الأطفال قرب البلوغ والنساء الأكبر سنا حتى سن إنقطاع الدورة الشهرية .
(أحمد عكاشة ، ١٩٩٨ ، ٥٠٥)

أى أن فقدان الشهية العصبى هو عدم إنتظام فى تناول الطعام غالبا ما يبدو فى شكل (رغبة دائمة فى الجوع) وهويوجد بشكل أو بآخر لدى الفتاة فى سن المراهقة ويترتب على فقدان الشهية العديد من المظاهر أهمها النقص (أو الفقد) المستمر فى الوزن وشكل الجسم ، والعديد من المظاهر الأخرى (الفسيولوجية) التى تترتب على إستمرار حالة الجوع (مثل إنخفاض درجة حرارة الجسم ، إنخفاض سرعة دقات القلب .. الخ) لمدة لا تقل عن ثلاثة أشهر .

(Kaplan, H. & sadock, B., 1996)

أنواع فقدان الشهية العصبى : يجب أن نفرق بين نوعين هما :

أ - **فقدان الشهية العضوى :** ويعرف بأنه فقد جزئى أو كلى للشهية ويكون ذلك نتيجة لأسباب عضوية جسمية فى المقام الأول ، كما يعد مصاحبا لعدد من الأمراض العضوية والنفسية (أمراض الهضم الخطيرة ، سرطان المعدة ، والقولون) كما تحدث بشكل تقليدى فى حالات التهاب الكبد الوبائى المعدية ، وفى إضطرابات الغدد الصماء (مثل نقص إفراز الغدة الدرقية أو إنخفاض وظائف الغدة النخامية) كما أن فقدان الشهية العضوى ، قد يكون من بين أعراض مرض السكر ، أورام المخ وغيرها .

(أحمد عكاشة ، ١٩٩٨ ، ٥٠٧)

٢ - فقدان الشهية العصبي :

ويعرف بأنه رفض الفرد للطعام ، أو التقيؤ المتعمد بعد الأكل مباشرة ، مما يتسبب عنه إنخفاض ملحوظ في وزن الجسم ، ويسمى أحيانا بالتجويع الذاتي المرضى Abnormal self - sarvation وهو أحد إضطرابات الأكل . ولذلك يمكن أن نحمل الإضطرابات الأساسية في فقدان الشهية العصبي بأنها تشمل :

أ - الشهية .

ب - سلوك الأكل .

و - صورة الجسم .

(أحمد عبد الخالق ، ١٩٩٧ ، ٣٢ - ٣٣)

معايير تشخيص إضطراب فقدان الشهية العصبي وفق الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع :

١ - رفض الإحتفاظ بوزن الجسم في المعدل الطبيعي أو فوق ذلك المعدل الذي يجب أن يتناسب مع عمر وطول الشخص

٢ - خوف عميق ومتغلغل من أن يصبح الشخص بدينا حتى وإن بدأ جسده في معدل الوزن الطبيعي .

٣ - إضطراب في إدراك وزن الجسم أو شكله ، بحيث يرى الفرد نفسه على أنه بدين ، حتى عندما يكون الوزن الطبيعي مع إنكسار واضح في إدراك مدى خطورة الوزن المنخفض للجسم على وظائف الجسم .

٤ - يحدث لدى الإناث - على الأقل - إنقطاع ثلاث دورات حيض متتالية على الأقل .

(APA. , 2000)

وقد ورد في العديد من مراجع الطب النفسي وعلم النفس المرضى العديد من المحكات الأخرى التي توضح محكات التشخيص أو تزيدها وضوحا مثل :

١ - فقد الوزن : ويحدث نتيجة للإنخفاض في تناول كميات الطعام المناسبة لكي ينهض الجسم وأعضائه بوظائفه ، ويفقد الفرد على الأقل ١٠ ٪ من وزنه السابق .

٢ - إنقطاع الحيض : في حالة النساء ولمدة ثلاثة أشهر متواصله على الأقل وبشرط أن يكون دورة الحيض منتظمة قبل ذلك .

٣ - عدم ظهور مؤشرات لإضطرابات أخرى تعد سببا أساسيا لفقدان الشهية (خاصة أعراض الفصام ، الإكتئاب الجسيم ، أو بعض الأمراض العضوية) .

(أحمد عبد الخالق ، ١٩٩٧ ، ٤٢ - ٤٣)

أهم أعراض إضطراب فقدان الشهية العصبى :

ذكرت العديد من المراجع فى هذا الصدد أن إضطراب فقدان الشهية العصبى يظهر فى الأعراض الآتية :

- ١ - انخفاض الوزن .
- ٢ - إضطرابات المعدة (تتراوح ما بين الإمساك الحاد والإسهال الشديد وعوامل أخرى تتراوح ما بين الشعور بالإنتفاخ .. الخ .
- ٣ - الإستسقاء أو تجمع السوائل بالجسم .
- ٤ - الجفاف (للجلد والحلق) .
- ٥ - حدوث (زرقان) فى الأطراف .
- ٦ - نوبات من الصرع .
- ٧ - السرقة .
- ٨ - الدخول فى حفلات الأكل ثم السرعة فى التقيؤ العمدى أو أخذ مليئات حتى لا يبقى الطعام فى معدته (أو يستفيد منه الجسم) .
- ٩ - التدقيق فى إختيار أنواع معينة من الطعام (غالبا ما تكون ذات سعرات حرارية منخفضة) .
- ١٠ - القيام (أو أجبار الشخص لنفسه) بالعديد من الأنشطة البدنية الشاقة رغبة منه فى (حرق) الدهون التى (يدرك) أنها (متراكمة) فى أماكن كثيرة بالجسم .
- ١١ - التحديق فى المرأة بهدف الأطمئنان على أنه لم (يزد وزنه بالصورة الملفتة للنظر - حتى وأن كان الأمر على غير ذلك) .
- ١٢ - تناقص الإهتمام بالجنس ، أو توقف ممارسته مع شريكة الحياة (أو شريك الحياة نهائيا .
- ١٣ - حدوث تغيرات فى الجلد والشعر والأظافر والأسنان .
- ١٤ - إن غالبية (مضمون الاحلام) تدور حول (الجسد البدين) وأنه (لاشعوريا) يرغب فى أن يكون جسده (فى المعدل الطبيعى - حتى وأن كان الأمر على عكس ذلك) .

ثانيا : الشره العصبي :

١ - تعريفه : هو زملة تتميز بنوبات متكررة من الإفراط في الأكل وإنشغال شديد بالتحكم في وزن الجسم يؤدي بالمريض إلى نمط من الإفراط في الأكل يليه قئ أو إستخدام المليينات ويشترك هذا الإضطراب في كثير من السمات النفسية مع إضطراب فقدان الشهية بما فيها الإهتمام الشديد بشكل ووزن الجسم ، ويعرف إضطراب الأكل الشره Binge Eating بأنه تناول كمية كبيرة من الطعام تفوق بكثير ما اعتاد الأفراد الآخرون أن يأكلوه في ظروف مشابهة وذلك في فترة زمنية قصيرة ، وتشير الفترة القصيرة من الزمن إلى فترة محدودة تكون عادة أقل من ساعتين .

(جمعة سيد يوسف ، ٢٠٠٠ ص ١٠٣)

٢ - المحكات التشخيصية للشره العصبي وفق الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع :

أ - نوبات تظهر بين الحين والآخر من الإفراط في الأكل (حفلات اغتراف الطعام) وتتصف بالمظاهر الآتية :

١ - الأكل في فترات غير مترابطة من الوقت (تقدر بساعتين من الوقت) أو تناول كمية من الطعام تكون في الغالب (بل من المؤكد) أكبر من أى كمية يتناولها معظم الأشخاص إذا استغرقوا الوقت أو نفس الظروف) في تناول الطعام .

٢ - شعور بفقدان التحكم في الطعام خلال نوبة الأكل (أى أن الفرد لا يستطيع أن يتحكم أو يتوقف عن التهام الطعام أو كميته) .

ب - ظهور سلوك تعويضى غير مناسب يفرض منع زيادة الوزن مثل : التقيؤ المتعمد ، إستعمال المليينات ، إستعمال أدوية مدرة للبول ، وغيرها من الأدوية ، إضافة إلى الصوم ، الإكثار من ممارسة التمارين الرياضية ويعنف .

ج - تظهر نوبات إغتراف الطعام ، والسلوك التعويضى غير المناسب على الأقل مرتين خلال الأسبوع الواحد ولمدة ثلاثة أشهر .

د - التقييم الذاتى يتأثر بشكل غير مبرر بوزن وبشكل الجسم .

هـ - لا يظهر الإضطراب بشكل خاص خلال نوبات فقدان الشهية العصبي .

تحديد النمط :

- نمط القئ : يزاول الفرد وبشكل منتظم التقيؤ المتعمد ، أو سوء استعمال المليينات ، أو تناول الأدوية المدرة للبول .

— نمط دون قئ : حيث يزاول الشخص أنواعا من السلوك التعويضي من قبيل: الصيام ، الرياضة العنيفة ، ولكنه لايزاول التقيؤ المتعمد أو يسئ إستعمال المليينات أو الأدوية المدرة للبول .

(APA. , 2000)

أى إن الشره العصبى يتسم على الأقل بثلاث خصائص اكلينيكية هي :

١ - الإفراط فى الأكل والشرب (أى تناول الطعام وبكميات كبيرة فى وقت أقل مقارنة بغيره من الأفراد) .

٢ - محاولة الرجوع المنتظم إلى إتباع طرق للتأثير على الوزن والشكل مثل : تعمد القئ أو إستخدام المليينات ، أو الصوم ، أو ممارسة الرياضة المتطرفة العنيفة .

٣ - التقييم الذاتى والذى يتأثر بشكل غير مبرر بشكل ووزن الجسم .

(تيرنيس ويلون ، كاتلين بابك ، ٢٠٠٢ ، ٦٦٢)

أنواع الشره العصبى : وينقسم إلى :

١ - النوع الشره : أثناء حالات الشره قد يرغب الشخص المضطرب نفسه على التقيؤ أو يفرط فى إساءة إستخدام المليينات .

٢ - النوع غير الشره : حيث يبالغ فى السلوك التعويضى من قبيل اللجوء إلى الإمتناع عن تناول الطعام لفترات (الصيام) أو يجبر نفسه على ممارسة الرياضة العنيفة .

مظاهر وأعراض الشره العصبى :

تستطيع تلخيص هذه المظاهر والأعراض والتى تتباين وفقا لما يلى :

١ - الوقت الذى قضته المريضة التى تعاني من هذا الإضطراب من معاناة الشره (إدمان المرض) .

٢ - قدرة الجسم على تحمل الخلل أو إنعدام التوازن الكيميائى فيه .

٣ - تكرار وإنتظام عملية الشراهة والتقيؤ .

٤ - نوعية الطعام الذى يتم تناوله خلال نوبة الشراهة والتقيؤ .

٥ - الإنشغال الدائم والتفكير المستمر (الذى يقترب من القهر) فى الأكل ، ونهم لا يقاوم إلى تناول الطعام .

٦ - تكرار نوبات التهام الأكل بشراهة .

٧ - الأكل فترات متقطعة من الوقت (مثلا خلال ساعتين) مع تناول كمية من الطعام قطعا تكون أكبر من التي يتناولها أغلب الناس خلال هذه الفترة وفي نفس هذه الظروف .

٨ - الإحساس بصعوبة التحكم في الأكل أثناء النوبة .

٩ - محاولات من الشخص في التحكم لزيادة الوزن المترتب على تناول الطعام بواحد أو أكثر من الأساليب التالية :

- تعتمد القيئ .

- سوء إستخدام المليينات .

- سوء إستخدام مدرات البول .

- الصيام .

- التمرينات الرياضية المفرطة .

١٠ - بعض مرضى الشره يكونوا ضمن معدل الوزن الطبيعي ، والبعض الآخر يكون ما فوق الوزن أو ما تحت الوزن .

١١ - يحدث أكل بشراهة بمتوسط مرتين في الأسبوع على الأقل ولمدة ثلاثة أشهر .

١٢ - إنقطاع الدورة الشهرية لدى الإناث أو عدم إنتظامها فترة لا تقل عن ثلاثة أشهر .

(زينب شقير ، ٢٠٠٤ ، ص ص : ٤٠ - ٤١)

العلاقة بين اضطرابات الأكل والاضطرابات النفسية الأخرى :

تتداخل العديد من محكات التشخيص في اضطرابات الأكل خاصة اضطرابي الشره وفقدان (الشهية العصبى) مع العديد من الاضطرابات الأخرى مثل :

أولا : اضطرابات الطعام والاضطراب الوجدانى :

أحيانا ما تتداخل محكات تشخيص اضطراب الطعام مع محكات تشخيص الاضطراب الوجدانى Affective Disorder وبخاصة الإكتئاب ، حيث أثبتت العديد من الدراسات والملاحظات ارتباط (فقدان الشهية العصبى - كمثل) مع اضطراب الإكتئاب من خلال الملاحظات الآتية :

١ - كثير من مرضى فقدان الشهية يكشفون عن أعراض إكتئابية .

٢ - كثير من مرضى فقدان الشهية يظهرون أعراض إكتئابية عند تتبع حالاتهم .

٣ - يحدث الإكتئاب بتكرار أكبر من المتوقع في أعضاء أسرة مريض فقدان الشهية العصبى وبخاصة الأم .

٤ - كثير من مرضى فقدان الشهية العصبى يستجيبون للعقارات المضادة للإكتئاب .

٥ - هناك ملامح كثيرة مشتركة بين مرض فقدان الشهية العصبى والإكتئاب مثل : إضطراب النوم ، فقدان الوزن ، تناقص الدافع الجنسى ، توقف الحيض لدى الإناث ، الإضطراب المعرفى ، إنخفاض تقدير الذات .

(أحمد عبد الخالق ، ١٩٩٧ ، ١٠٣)

فى حين أظهرت بعض الدراسات التى تناولت الأشخاص الذين يعانون من إضطراب الشره وجود علاقة تشخيصية ما بين الشره العصبى وإضطراب المزاج الدورى (إكتئاب - هوس) ، وكذا الإكتئاب الجسيم ، أو المعاناة من إضطراب ، أو أكثر من إضطرابات القلق (خاصة حفلات أغتراف الطعام ، تناول كميات أكبر من المعتاد .. الخ أو اللجوء إلى تناول الطعام بهذه الدرجة من الشراهة قد يعكس إحساسا بالرغبة فى الشعور بالامانة ، أو قد يعكس - على المستوى اللاشعورى - رغبة فى الإنتقام والتدمير للذات .

(Wilson, 1993)

ثانيا : إضطرابات الطعام وعلاقتها بإضطراب الوسواس القهرى :

العلاقة ما بين فقدان الشهية والوسواس القهرى واضحة من خلال سيطرة فكرة معينة على عقل المريض تسيطر على كثير من سلوكه (إنقاص الوزن) فيحاول المريض أن يزيد من نحافته فيدخل الدائرة المغلقة الآتية :

- فكرة وسواسية مسيطرة تهيب بالمريض أن ينقص من وزنه .

- تأكد المريض من تفاهة هذه الفكرة .

- عدم القدرة على التخلص من إستحواذ هذه الفكرة عليه .

- شعور بالقلق الشديد إذا لم ينفذ ما تأمر به الفكرة .

- الإنصياع لهذه الفكرة طوعا أو كرها .

- مزيد من السيطرة على الفكرة ومزيد من إنقاص الوزن .

(أحمد عبد الخالق ١٩٩٧ ، ١٠٨)

أما عن العلاقة ما بين الوسواس القهري وزيادة الشهية العصبية فقد أثبتت العديد من الدراسات وجود علاقة أكيدة ما بين محكات التشخيص الوسواسي القهري ، ومحكات تشخيص زيادة الشهية العصبية فعلى سبيل المثال وجد تامبلر وزملاؤه في دراسة لهم ضمن ٢٥١ مريض مصابون بإضطراب الشهية العصبية ، وجدوا أن ٣٣٪ منهم تنطبق عليهم المحكات التشخيصية لإضطراب الوسواس القهري .
(Templan , et al, 1993)

حيث تسيطر على المريض بالمصاب (بالشره) أنه قد (أسرف) في تناول كميات من الطعام تفوق إحتياجات جسمه ، ولذا فإنه يقوم بالعديد من السلوكيات القهرية في محاولة (لعدم إستفادة الجسم من الطعام) بداية من التقيؤ المتعمد بعد تناول الأكل على الأقل بساعة) مع أخذ العديد من المليات .. الخ
(Formea & Borns, 1995)

ثالثا : إضطرابات الطعام والمخاوف المرضية (الفوبيا) :

حيث توصلت العديد من الدراسات إلى وجود علاقة ما بين المحكات التشخيصية لإضطرابات الطعام وبين محكات تشخيص الفوبيا ، فعلى سبيل المثال وجدت العديد من الدراسات وجود المحكات التشخيصية لدى الأفراد الذين يعانون من فقدان الشهية العصبية مع المحكات التشخيصية لإضطراب الفوبيا أى الخوف غير المنطقي من موضوع معين (والموضوع هنا وهو الطعام وتأثيره على الجسم) ولذا لا مانع في أن يتناول كميات كبيرة من الطعام حفلات الالتهام ثم القيام بسلوكيات تهدف إلى (تقليل فاعلية وقيمة السعرات الحرارية لما تناوله من طعام خوفا من اشياء كثيره مرتبطة بتناول الطعام سواء أكانت شعورية أو لا شعورية لدى المريض .
(Spiser. et al, 1992)

رابعا : إضطرابات الطعام والهستيريا :

حيث توصلت العديد من الملاحظات ، والتي تمتد إلى وقت مبكر وتحديدًا في عام ١٨٩٥ ، إلى إدراك طبيعة العلاقة ما بين إضطرابات الطعام (بشقيها فقدان الشره) وبين إضطراب الهستيريا ، حيث يرتبط فقدان الشهية العصبية كمثال بفقدان الشعور بالجوع والحذر ، والطعم الغريب في الفم واللسان والحلق ، والنشاط الزائد دون شعور بالتعب ، مما يشير الى وجود تداخل ما بين إضطراب فقدان الشهية العصبية والهستيريا ، ليس فقط في المحكات التشخيصية بل في العديد من الخصائص والسمات الشخصية مثل :

- عدم النضج الإنفعالي .
- الانبساط .
- الإجتماعية وحب الإختلاط .
- القابلية المرتفعة للإيحاء .
- عدم التحكم فى الإنفعالات .
- القلق والتوتر .
- الأنانية وحب الذات .
- محاولة جذب إنتباه الآخرين .
- إنفصال الشخصية .
- التصرفات الغريبة .
- الإغماء أو الغيبوبة .
- الغثيان أو القيئ .
- فقدان الشهية العصبى .
- المشى أثناء النوم .
- الحمل الكاذب .

(أحمد عبد الخالق ، ١٩٩٧ ، ص ١١٠ - ١١٣)

خامساً : اضطرابات الطعام والفصام :

هناك علاقة تداخل ما بين اضطرابات الطعام واضطراب الفصام ، حيث أفترض الباحثين - فى وقت مبكر - إن فقدان الشهية العصبى - كمثال - شكل من أشكال الفصام أو أن الإضطرابين يرتبطان معا ، وكان هذا الافتراض يتكأ على فكرة مسلمة أساسها: أن المرضى الذهانيين بصفة عامة تنتشر بينهم الضلالات أو الهذات، والتي قد تدور حول الطعام (بداية من أنه مسموم أو سوف يدمر خلايا الجسم إلى فكرة إن الطعام هام جدا لحمايته من الأعداء ، ولذا فأن الضلالات ومحتواها لدى مرضى الذهان بصفة عامة ، والفصام (بكافة تشخيصاته بصفة خاصة) يدور حول الطعام (سواء أكان ذلك يؤدي إلى الإمتناع عن تناول الطعام إلى الدرجة التي تستدعى التدخل العلاجى لذلك وإرغام المريض على تناول الطعام إبقاءا على حياته أو الشره للطعام إلى درجة تفوق قدراته وإمكانياته وإحتياجاته الجسمية عن التحمل) .

(Dacosta Halmi, 1992)

وهكذا تتداخل محكات تشخيص إضطرابات الاكل مع العديد من محكات تشخيص بعض الإضطرابات النفسية والعقلية .

أسباب إضطرابات الأكل :

تعددت الاجتهادات والتفسيرات حول هذا الإضطراب ويمكن حصر هذه الاجتهادات فى العوامل والأسباب الآتية :

أولا : العوامل الوراثية والعنصرية : وقد تم دراسة هذا الجانب من خلال طرق متعددة مثل : دراسات التوائم أو الأقارب المقربين للمريض بالمقارنة بالجمهور العام ، وكذا الأخوة (سواء أكانت صنيوية أم غير ذلك) وذلك لإثبات مدى تأثير الوراثة فى أفراد يفترض أنهم يشتركون تقريبا فى نفس الخصائص الآتية :

وقد توصلت هذه الدراسات إلى المؤشرات الآتية :

- إن مرضى فقدان الشهية العصبى - كمثال - ينتشر بمقدار ثمانى مرات بين الأقارب المقربين للمرضى بالمقارنة إلى الجمهور العام .

- أن أخوات المرضى الذين اشتد لديهم فقدان الشهية العصبى نسبتهم من ٦ - ١٠ ٪ كانوا يعانون من هذه الحالة ، وتقابل هذه النسبة نسبة ١ - ٢ ٪ الموجودة فى الجمهور العام فى العمر نفسه إلا إن تفسير هذه الزيادة قد يعود إما إلى بيئة الأسرة أو تأثيرات التوائم .

- اثبتت دراسات التوائم - كمثال - صحة تأثير عامل الوراثة ، حيث أثبتت العديد من الدراسات وجود عامل وراثى يكمن وراء إضطراب فقدان الشهية العصبى ودفع ذلك العلماء إلى البحث عن الأساس الفسيولوجى (فى وظائف أعضاء الجسم) المسؤول عن هذا العامل الوراثى .

- أثبتت الأبحاث وجود إضطراب أولى لوظيفة ما تحت المهاد ، إضافة إلى وجود شذوذ أولى فى منطقتى ما تحت المهاد والنخامية ، وكذا فى الغدد وعمليات الايض ، ونواحى شذوذ كيميائى عصبية عديدة لحالات إضطراب فقدان الشهية العصبى .

لكن القضية التى تواجه العلماء فى هذا الجانب هو كيفية عزل ومعرفة تأثير العامل الوراثى فى حد ذاته وبشرط أن يكون غير متداخل عن تأثير العامل البيئى .

(أحمد عبد الخالق ، ١٩٩٧ ، ١٢٩ - ١٣٢)

- عدم ممارسة التمرينات الرياضية .

(زينب شقير ، ٢٠٠٤ ، ص ٣٤)

- أما عن العوامل النفسية فكثيره مثل الخوف (من شئ محدد أو غير محدد) ، أو الشعور بالإحباط ، الشعور بالذنب نتيجة الشعور بالعدوانية (إتجاه فرد ما من الأسرة أو خارجها) إضافة إلى الإنشغال الزائد بصورة الجسم والخوف من أن يصبح الفرد بدينا ، أو التقييم الزائد لحجم الجسم الفعلى والضغط الإجتماعية نحو النحافة ، وزيادة الحساسية نحو كيف يدرى الآخرون المصابين بالشره العصبى .

- كما أن بعض المحللين النفسيين قد فسروا إضطرابات الأكل على أنها تحدث بصفة عامة لدى الأفراد الذين يخافون الجنس أو الذين يعادلون رمزيا بين الجنس والأكل أو أن فقدان الشهية هو وسيلة رمزية لتجنب الحمل ، ويحدث الأكل بشراهة حين لا تستطيع الحفزات الجنسية المكبوتة أن تعبر عن نفسها .

(أولتماز وآخرون ، ٢٠٠٠ ، ص ٣٦٥ - ٣٦٦)

- ولعل (هيلدا بروش) رائدة فى مجال إضطرابات الأكل وعلاجها قد وضعت العديد من التفسيرات النفسية لهذا الإضطراب ، حيث فسرت هذا الإضطراب عند مريض فقدان الشهية العصبى - كمثال - بأنه عبارة عن تفاعل عدد معين من العوامل مثل: نقص فى مفهوم الذات ، الخوف من الخواء أو السوء الداخلى إضافة إلى قيام المريض بتزييف سلوكه عن طريق العديد من ميكانيزمات الدفاع ، أو الإدراك الخاطئ للكثير من الوقائع .

(أحمد عبد الخالق ، ١٩٩٤ ، ١٣٨ - ١٣٩)

ثانيا : الأسباب النفسية والإجتماعية : تتعدد هذه العوامل مثل :

- الحث الإعلامى فى العديد من الحضارات (خاصة الحضارة الغربية) على ضرورة النحافة والرشاقة (وهذا يؤكد دور العوامل الإجتماعية) .

- إن المستوى الإجتماعى والظروف البيئية والإقتصادية تلعب دورا هاما فى إصابة الشخص (بفقدان الشهية العصبى أو بالبدانة) حيث تلعب (الأموال ووفرتهأ أدوارا قى ذلك أى فى شراء الأطعمة وبكميات قد تفوق ما يحتاجه الفرد) .

(Martin. et al, 1993 . PP. 76 - 92)

- إضافة إلى العديد من العادات السلوكية والجسمية عن الصحيحة مثل :

* هناك بعض الحالات التى تعاني من عسر فى عملية البلع (حتى وإن كان

عسر البلع يأخذ طابعا نفسيا) .

* إن المصابين بإضطرابات في القدرة على الحركة وكذلك ذوى الإعاقات المختلفة قد يصابون بإضطرابات في الأكل .

* كثرة الولاتم وتكرار تناول الأكل بدون نظام متبع في الأسرة .

* جعل تناول الأكل مكافأة لسلوك معين يصدر عن الفرد .

* إستخدام وسائل التسلية والمشروبات بين الوجبات الأساسية قد تزيد من رغبة الأكل وقد تقلل منها بشكل زائد .

* عدم وجود رقابة ومتابعة للأطفال من قبل الوالدين .

* كثرة حضور الحفلات والأفراح التي يكثر فيها تناول الأكل .

* إعطاء الحرية للطفل لتناول ما يريد من طعام في أى وقت .

* تناول إدوية وملينات .

علاج إضطرابات الأكل :

توجد العديد من الإجهادات العلاجية في هذا الصدد مثل :

أولا : العلاج بالعقاقير :

في علاج فقدان الشهية العصبى تستخدم العديد من العقاقير حيث يفضل البعض إستخدام دواء الكلوربريدمازين chlorproma فإن آخرين يفضلون مضادات الإكتئاب ، كما يجب مراعاة أن تعطى جرعات مخفضة ابتداء نظرا للإنخفاض المفرط في وزن المريض . كما يمكن أن يتم اللجوء إلى التغذية عن طريق الأنبوب ، ولكن من الممكن إعطاء المريض ثلاثة آلاف سعرة حرارية يوميا وذلك بواسطة أنبوب أنفى معدى طبق حدثا أقل من المشقة مقارنة بالرعب الناتج عن التغذية الأنبوبية التي كانت تستخدم فى الماضى .

(جيمس ويلس ، جون ماركس ، ١٩٩٩ ، ٢٢٤ - ٢٢٥)

كما تقتضى بعض العلامات إدخال المريض (خاصة مريض فقدان الشهية العصبى) المستشفى إذا توافر مؤشر أو أكثر من هذه المؤشرات :

١ - فقدان الوزن أكثر من ٣٠ ٪ لمدة تزيد على ثلاثة أشهر .

٢ - بطء القلب Bradycrdiy (نبض أقل من ٤٠ دقيقة .

٣ - درجة حرارة أقل من ٣٦ درجة (سنتجراد)

٤ - إنخفاض ضغط الدم Hypotesion (ضغط دم إنقباضى أقل من ٧٠) .

- ٥ - نسبة البوتاسيوم في الدم أقل من ٢.٥ .
 - ٦ - أكتئاب حاد .
 - ٧ - إسهال شديد .
 - ٨ - الفشل في تنفيذ إتفاق الإحتفاظ بالوزن في العيادات الخارجية .
 - ٩ - تشخيص فارق معقد .
 - ١٠ - اذهان أو المرض العقلي .
 - ١١ - حدوث كارثة أسرية .
 - ١٢ - ضرورة مواجهة إنكار الفرد أو الأسرة للحال برغم تدهورها .
 - ١٣ - ضرورة البدء في علاج فردي أو أسري بالأدوية تحت إشراف طبي ونفسي مستمر .
 - ١٤ - زيادة إحتمال حدوث الإنتحار .
- (أحمد عبد الخالق ، ١٩٩٧ ، ١٦٥ - ١٦٦)

ثانيا : العلاجات النفسية :

أ - العلاج بالتحليل النفسي :

عن طريق فهم الدوافع اللاشعورية ، تفسير الحيل الدفاعية ، الرغبات العدوانية الكامنة داخل الفرد والتي تقود بدورها أما إلى العدوان تجاه الجسم عن طريق تناول كميات كبيرة من الطعام وكأنه ينتحر بمزيد من الأكل ، أو الإمتناع تماما عن الأكل وكلا الموقفين - عدم الأكل أو الشره - عدوان يصبه الفرد ويوجهه تجاه الذات (إضافة إلى إختلال إدراك صوة الجسم . وفي كل الأحوال فأن الكثير من المعالجين لحالات إضطراب الأكل يلفتون النظر ويؤكدون من خلال الخبرة على ضرورة تعديل طريقة التحليل النفسي الكلاسيكي في العلاج ، وإن الحالة وتاريخها أو نوع الإضطراب وطبيعة البيئة أو الأسرة التي يتواجد فيها الشخص لابد من أخذ كل هذه العوامل وغيرها في الإعتبار .

(Kaplan , et. al , 1994)

٥ - العلاجات السلوكية والمعرفية :

من المعروف إن العلاجات السلوكية تركز على الأعراض دون بحث الأسباب (سواء القريبة أو البعيدة) والتي تكمن خلف سلوك الإضطراب ولذا تعدد الوسائل والفيئات السلوكية مثل :

- ١ - الإشراف المضاد .
- ٢ - التحصين التدريجي : من خلال التدريب على إتقان الأساليب الآتية :

- استجابات الأستراخاء .
- توكيد الذات .
- كيفية التعامل مع القلق .
- التخيل الإيجابي .
- وأخيرا توجد العديد من الأستراتيجيات التي شرحت وبالتفصيل ومن خلال نماذج معينة لكيفية التعامل مع هذا الإضطراب .
- (تيرنس ولسون ، كاتلين بايك ، ٢٠٠٢ ، ٦٦١ - ٨٥٨)
- وكان العلاج السلوكي المعرفي هو أنجح طرق العلاج المستخدمة مع حالات فقدان الشهية وقد إستخدمه وفضله العديد من الدارسين ، والذين ستخدموا كل من :
العلاج السلوكي المعرفي التجريبي المعتمد على الإكتشاف الفردي ، والعلاج النفسي والعلاج السلوكي المعرفي ، والعلاج السلوكي الأسري ، والعلاج السلوكي الفردي ، وقد نجحت كل هذه الأساليب العلاجية في تصحيح العديد من الأفكار الخاطئة لدى ذوي اضطراب فقدان الشهية العصبي ، وفي خفض الصراع بين المريض ووالديه ، وخفض معدل التواصل السلبي بين المريض وأسرته ، والتحسين في سلوك تناول الأكل ، وتعديل تشوه صورة الجسم ، وخفض التوتر الإنفعالي العاطفي ، والرضا عن الذات لدى هذه الحالات المضطربة .

(زينب شقير ، ٢٠٠٤ ، ص ٥١)

مسار ومآل إضطرابات الأكل :

- يتحدد المسار والمآل من خلال عدد معين من المحكات تتلخص في :
- إن إضطرابات الأكل تتخذ خطا مزمننا على المدى الطويل وإن ١٨ ٪ من المرضى يموتون (من مضطربي فقدان الشهية العصبي) .
- في حين ذكرت دراسة أخرى إن نسبة الموت تصل إلى ١٥ ٪ تقريبا وإن المرضى يتحول إلى درجة مزمنة في ٥٠ ٪ من الحالات .
- ومن خلال إستعراض شامل لخمس عشرة سلسلة من الدراسات (ومع مايزيد عن ٢٠ عاما من المتابعة) وجد إن ٥ ٪ فقط هم الذين يتوفون مما يشير إلى وجود تحسن .

(أحمد عبد الخالق ، ١٩٩٧ ، ١٢٣ - ١٢٦)

والمهم إن المآل الجيد أو السيئ يتوقف على مجموعة من العوامل لا بد من أخذها في الإعتبار عند التقييم ، وعند خطة - أو خطط - للعلاج (بمختلف مسمياته وتنوعاته وبما يتفق مع الإضطراب الذي يعاني منه الشخص) .

المراجع

- ١ - أحمد عبد الخالق (١٩٩٧) ، فقدان الشهية العصبي ، الكويت ، مؤسسة الكويت للتقدم العلمي - إدارة التأليف والترجمة والنشر .
- ٢ - أحمد عبد الخالق (١٩٩٤) ، الدراسة التطورية للقلق ، الكويت ، حولية - كلية الآداب ، جامعة الكويت .
- ٣ - أحمد عكاشة (١٩٩٨) ، الطب النفسي المعاصر ، القاهرة ، مكتبة الانجلو المصرية .
- ٤ - اولتمانز نيل ، دافيسون (٢٠٠٠) ، دراسات حالة في علم النفس المرضى ، ترجمة رزق سند ، تقديم لويس مليكة ، القاهرة ، دار حكيم للطباعة .
- ٥ - تيزنس ويلسون ، كاثلين بايك (٢٠٠٢) ، إضطرابات الأكل ، ترجمة حصة عبد الرحمن الناصر في كتاب : مرجع أكلينيكي في الإضطرابات النفسية - دليل علاجي وتفصيلي تحريره ديفيد هو بارلر ، إشراف على الترجمة والمراجعة صفوت فرج ، القاهرة ، مكتبة الانجلو المصرية ص ص ٦٥٩ - ٧٤٨ .
- ٦ - جين واردل (٢٠٠٠) ، فحص إضطرابات الأكل والوزن في كتاب : مرجع في علم النفس الاكلينيكي للراشدين ، تحرير س. ليندراي ، ج بول ، ترجمة صفوت فرج ، القاهرة ، مكتبة الانجلو المصرية ص ص ٢٩٥ - ٦١٨ .
- ٧ - جين واردل (٢٠٠٠) ، علاج إضطرابات الأكل والوزن في كتاب : مرجع في علم النفس الاكلينيكي للراشدين ، تحرير س. ليندراي ، ج. بول ، ترجمة صفوت فرج ، القاهرة ، مكتبة الانجلو المصرية ، ص ص ٦١٩ - ٦٤٨ .
- ٨ - جيمس ويليس ، جون ماركس (١٤٢٠ هـ) ، الطب النفسي المبسط ، السعودية ، جامعة الملك سعود ، النشر العلمي والمطابع .

- 9 - American psychiatric Association (2000) **Diagnostic and Statisical Manual of Mental disorders**, 4 th, ed . washington. DC : Author
- 10 - Dacosta, M. & Halmi,K. (1992) . **classification of anorexia nervosia : question of subtypes**. international, Journal of Eating Disorders, vol (11) . PP. 305 - 314.
- 11 - Eagles, J. et al . 1990) **Acomparison of anorxia nervosa and affective Psychosis in young feales**. Psychlogic al Medicine, vol (20) PP. 119 - 123.
- 12 - Formea, G., ap Burns, G. (1995) **Relation between the syndroms of bulimia nervosa and obsessive compulsive disorder**. Journal of Psycho Pathologg ap behaviorol assess ment , ual (17) , PP. 167 - 176.
- 13 - Kaplan, H. , sadock, B. & Grebb,J. (1994) . **Kaplan & sadock's synopsis of Psychiatry, behavioral sciences, clinical Psychiatry**. Baltimorei williams & wilkins. 7 th. ed.
- 14 - Kaplan, H., & sadock, B, (1996) . **Pocket Hand book of clinical Psychiatry**, Lo ndon, williams ap wilkins. second edition
- 15 - Martin, D., torner, c. ap lang, B. (1993) . **clinical laboratory aspects of ealting disordrs. in Giannini, A. ap slaby, A. (Eds.) the eating disorders , new york springer . vorlage**.
- 16 - spi2er, R. Devlin, M., walsh, B, et. ap (1992) **Bing eating dislderi tobe of notto beim DSM - IV international**, Journal of eating disorders , vol (10) . PP. 627 - 630 .
- 17 - temper, D. , spencer, D, ap Hartlage. (1993) **Biosocial psychopatholigy : Epidmiological Perspective** . Newyork : springer.
- 18 - wilson, G (1993) . **psychologic al An evaluation of the eating Disorder Examination**. international, Journal of eating disorders. vol(8) , PP. 173 - 179.

الفصل العاشر

إضطرابات النوم

Sleep Disorders

محتويات الفصل

- وبائيات إضطرابات النوم.

- تعريف إضطراب النوم.

- تصنيف إضطرابات النوم.

أولاً: إضطرابات النوم الأولية

أ - الأرق، التعريف - محكات التشخيص.

ب - فرط النوم، التعريف - محكات التشخيص.

ج - إضطرابات مواعيد النوم واليقظة، التعريف - محكات التشخيص.

د - غفوات النوم المفاجئة، التعريف - محكات التشخيص.

هـ - إضطرابات النوم المرتبطة بالتنفس، التعريف - محكات التشخيص.

ثانياً: إضطرابات النوم الثانوية (أو مخلات النوم)

أ - إضطراب الكوابيس الليلية، التعريف - محكات التشخيص.

ب - إضطراب فرغ النوم، التعريف - محكات التشخيص.

ج - المش أثناء النوم، التعريف - محكات التشخيص.

- إضطرابات النوم وعلاقتها ببعض الإضطرابات النفسية والعقلية الأخرى.

- أسباب إضطرابات النوم.

- علاج إضطرابات النوم.

- مسار ومآل إضطرابات النوم.

إضطرابات النوم

Sleep Disor Ders

مقدمة :

شغل موضوع النوم وإضطراباته أذهان كثير من الرجال والنساء والمفكرين منذ أكثر من ألفى عام إلى الدرجة التي خصص فيها اليونانيون القدامى إلها للنوم هو «هبنوس» ، Hopnos توأم الموت . ولكن البحث العلمى الجاد فى موضوع النوم ، لم يظهر بجلاء إلا منذ حوالى أربعين عاما ، حيث شغل مزيدا من الإهتمام فى الوقت الراهن .

(أحمد عبد الخالق ، مايسه النيال ، ١٩٩٢ ، ص ٣٤)

وبائيات إضطرابات النوم :

توصلت الدراسات الوبائية إلى الخطوط الرئيسية الآتية :

- إن معدلات إنتشار مشكلات النوم أكثر إنتشارا مما نتوقع . ففي ولاية فلوريدا بأمريكا توصلت إحدى الدراسات إلى أن ٢٥ ٪ من أفراد عينة الدراسة (وذلك فى عينة مكونة من ١١٣ مفحوصا) يعانون من الأرق .
- وفى ولاية لوس أنجلوس أرتفعت النسبة إلى ٤٢ ٪
- وفى شمال النرويج وجد إن ٤٢ ٪ من النساء ، ٣٠ ٪ من الذكور يعانون من الأرق بصفة عامة وذلك فى عينة مؤلفة من ١٥٦ مفحوصاً .
- وفى السويد وجد إن ١٤ ٪ يعانون من الأرق ، و ١٧ ٪ من فرط النوم ، و ١٦ ٪ من الشخير .
- وفى سويسرا وجد إن ٥٠ ٪ من الراشدين لديهم شكوى من الأرق ، و ٧ ٪ من الذكور ، ١٢ ٪ من الإناث يعانون من أكثر من نوع من مشكلات النوم بصفة دائمة .
- كما وجد إنتشار الأرق لدى عينة من اليابانيات بنسبة ١١٢ ٪ وذكررت ١٦٨ ٪ من العينة أنهن يستخدمن بصفة دائمة العقاقير المنومة خلاصا من الأرق .
- وفى بريطانيا فى إستفتاء شمل (٢٥) ألف شخص قررت نسبة تقدر بحوالى

- ٢٥ ٪ إنها مشت خلال النوم مرة أو أكثر في حياتهم .
- كما تنتشر مشاكل النوم الأخرى بنسبة ٤٠ ٪ لدى الأطفال فيما بين ١ - ١٢ عاماً وبنسبة ٢٥ ٪ لدى الراشدين .
- كما توصلت بعض الدراسات الأخرى إلى إنتشار العديد من مشكلات النوم مثل :

توقف التنفس أثناء النوم وعلاقة ذلك بالسمنة أو إضطراب إيقاع النوم وعلاقتها بتغير نوبات العمل ، والفزع والكوابيس والشخير ونسب عالية لدى المسنين والمسنات ، فوق سن (٦٥) عاماً .

- وفي واقعنا المصري وجدت دراسة خالد عبد الغنى (١٩٩٨) شيوخ مشكلات النوم لدى الراشدين والمسنين ، حيث بلغ الأرق الخفيف نسبة ٥٥ ٪ والمتوسط ٤١ ٪ ، والشديد ٤٥ ٪ ، في حين وصل الأرق الخفيف إلى ٤٣ ٪ ، والمتوسط ٥٤ ٪ والشديد ٣ ٪ عند الراشدين ، على عينة مكونة من ٣٨٨ (منهم ١٤٤ من الذكور ، و ١٤٤ من الإناث وعينة من المسنين (بلغت ١٠٠ مسن) .

(محمد حسن غانم ، ٢٠٠٢ ، ٦٧ - ٦٨)

تعريف إضطرابات النوم :

ونقصد بها معاناة الفرد من إضطرابات أو أكثر من إضطرابات النوم ، كما ذكرت في الدليل الإحصائي والتشخيص الرابع (DSM IV. 2000) ، وأن هذه المعاناه متكررة وتقود إلى إحداث خلل في وظائف الفرد الحياتية :

تصنيف إضطرابات النوم وفق الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع :

يقسم تصنيف إضطرابات النوم في فئة مستقلة تحمل هذا العنوان ، وتنقسم إلى ثلاثة أقسام رئيسية :

الأول : إضطرابات النوم الأولية : prim qaryslseep disorders .

وتنقسم بدورها إلى :

أ - الأرق الأولى : primary isomnia

ب - إضطراب فرط النوم الأولى primary hypersomnia

ج - غفوات النوم المفاجئة Narcolepsy

د - إضطرابات النوم المرتبطة بالتنفس

Breathins - Relatedslee pdisorders

هـ اضطرابات النوم غير المصنفة في مكان آخر .

الثانى : اضطرابات النوم الثانوية parasmnias وتشمل بدورها :

أ - اضطرابات الكوابيس الليلية nightmare Disorder

ب - اضطراب الفزع أثناء النوم sleep error disorder

هـ - اضطراب المشى أثناء النوم sleopwalking disorder

د - اضطرابات النوم الثانوية غير المصنفة في مكان آخر

والقسم الثانى من اضطرابات النوم : يضم اضطرابات النوم المرتبطة باضطراب نفسى آخر سواء كانت هذه الاضطرابات فى صورة أرق وفرط نوم .

القسم الثالث : ويضم اضطرابات النوم الآخر وهى التى ترجع إلى حالة عضوية / طبية عامة سواء كانت فى صورة أرق ، أو فرط نوم ، أو اضطراب نوم ثانوى ، أو نوع مختلط ، أو تلك المرتبطة يتعاطى عقاقير معينة .
(APA. . 2000)

وفيما يلى وصفا تفصيليا للتفصيل فى بعض فئات اضطرابات النوم :

أولا : اضطرابات النوم الأولية

أ - الأرق :

١ - تعريفه : هو حالة عدم إكتفاء كمى أو كیفى من النوم تستمر لفترة لا بأس بها من الوقت ، ويعد الأرق من أكثر الشكاوى إنتشارا بين مصابى الأرق ، ويميل الأرق إلى أن يكون أكثر شيوعا عند النساء والأولاد ، كبار السن والأشخاص المضطربين نفسيا ، إذ فى أوضاع غير مواتية إجتماعيا وإقتصاديا ، وعندما تتكرر خبرة الأرق فأنها تؤدي إلى خوف متزايد من عدم النوم والإنشغال بتبعاته مما يخلق دائرة خبيثة تفاقم من مشكلة المرض .

(أحمد عكاشة ، ١٩٩٨ ، ٥١٢ - ٥١٣)

٢ - المحكات التشخيصية لاضطراب الأرق طبقا للدليل التشخيصى

والأحصائى الرابع :

يشخص الاضطراب الأولى للأرق إذا توافرت المحكات الآتية :

أ - الشكوى المستمرة والبارزة من صعوبة الدخول فى النوم ، أو الإستمرار فيه أو النوم غير المريح لمدة شهر على الأقل .

- ب - يسبب الأرق كريا distress وضغطا اكلينيكيًا جوهريًا أو يؤدي إلى خلل في إداء الفرد (وكفاءته) الإجتماعية أو المهنية أو مجالات أخرى من التفاعل .
- ج - لا تحدث اضطرابات النوم الشديدة أثناء مسار غفوات النوم المفاجئة ، واضطراب النوم المرتبط بالتنفس ، واضطراب جدول النوم واليقظة ، أو اضطرابات النوم الثانوية .
- د - لا تحدث صعوبات النوم بشدة أثناء مسار اضطراب نفسى آخر (خاصة اضطراب الإكتئاب أو اضطرابات القلق العام ، أو اضطراب الهذيان كمؤثر للإصابة بأحد الاضطرابات الذهنية) .
- هـ - لا يرجع هذا الاضطراب إلى تأثيرات فسيولوجية مباشرة نتيجة تعاطى مواد (تعاطى مادة مخدرة) أو (أدوية نفسية) أو أى حالة طبية أخرى .
(APA. , 2000)
- ٣ - المتغيرات التى من الممكن أن تؤثر فى الأرق : تم تحديد مجموعة من المتغيرات يمكن أن تؤثر فى الأرق كالاتى :
- زيادة تعاطى الكافيين (مثل القهوة والشاي) .
 - استخدام المنومات ، التحمل الناتج عن إستمرار الإستخدام (إسبوعين أو أكثر) .
 - التوقف عن أنشطة وقت النوم غير الملائمة (القراءة فى السرير ، الإنشغال بالإعداد لليوم التالى) .
 - الأكلات الثقيلة قبل الدخول إلى النوم بوقت قصير .
 - الإنشغال (خاصة الإنشغال بفكرة عدم القدرة على النوم كمثال) .
 - القلق المزمن من خلال النهار .
 - التنبيهات الحسية غير المتوقعة (الضوضاء - الإضاءة مثلا) .
 - المؤشرات ذات الدلالة (صياح طفل مثلا) .
 - اضطراب النشاط ودورة الراحة .
 - التنبيهات الحسية الشديدة (الحرارة أو الرطوبة المرتفعة مثلا) .
 - زيادة النوم خلال النهار .
 - مشكلات صحية جسمية مزمنة .

- الحاجة المتكررة للتبول .
- الآثار الجانبية لأدوية الأمراض المزمنة .
- مشكلات سيكاثيرية (الإكتئاب) .
- مشكلات التنفس (الإختناق الليلي مثلا) .
- الضغوط النهارية .
- الذعر الليلي .

(ليندساي ، جاهنشاهي ، ٢٠٠٠ ، ٦٩٤ ، ٩٦٥)

ب - فرط النوم Hypesomnia

١ - تعريفه : هو حالة من النعاس الشديد خلال النهار مع نوبات من النوم أو إستغراق فترة طويلة للإنتقال إلى حالة اليقظة الكاملة عند الإستيقاظ في غياب عامل عضوي يفسر حدوث فرط النوم ، وغالبا ما تكون الحالة مصحوبة بإضطرابات عقلية ، وكثيرا ما تكون في الواقع عرضا لإضطراب وجداني ثنائي القطب (أثناء الإكتئاب) ، أو إضطراب أكتئابى متكرر ، أو نوبة إكتئابية .

(أحمد عكاشة ، ١٩٩٨ ، ٥١٤)

٢ - المعايير التشخيصية لإضطراب فرط النوم وفق الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع :

يشخص هذا الإضطراب وفقا للمعايير الآتية :

أ - الشكوى الواضحة من فرط النوم لمدة شهر على الأقل (أو فترات قد تكون أقل أو أكثر طولا وتكرارا) ويأخذ شكل نوبات متواصلة أو نوبات النوم النهاري التي تحدث يوميا .

ب - يسبب فرط النوم كريبا إكلينيكيًا جوهريا أو خلافا في الاداء الإجتماعي أو المهني الوظيفي أو أى مجالات أخرى هامة تتأثر بالأداء .

ج - لا يتم تفسير إضطراب فرط النوم بواسطة الأرق أو لا يحدث أثناء حدوث أى إضطراب آخر من إضطرابات النوم (مثل : غفوات النوم المفاجئة ، إضطراب النوم المرتبطة بالتنفس ، إضطراب جدول النوم واليقظة ، أو أى نوع من أنواع إضطرابات النوم الثانوية) .

د - لا يحدث الإضطراب أثناء مسار إضطراب نفسى آخر .

هـ - لا يرجع الاضطراب إلى أى عوامل أخرى خارجية أو فسيولوجية مثل (تعاطى المخدرات) أو تناول أى أدوية نفسية ، أو أى حالة طبية عامة .
(APA. , 2000)

ج - اضطراب مواعيد النوم واليقظة :
Disorder of the sleep wake sche dule

أ - التعريف :

يعرف اضطراب موعد النوم واليقظة بأنه فقدان للترامن بين برنامج الفرد فى النوم واليقظة ، وبين برنامج النوم واليقظة المرغوب فيه من قبل محيط الفرد مما يترتب عليه شكوى إما من الأرق أو من فرط النوم . وقد يكون هذا الاضطراب نفسى المنشأ أو قد يكون له مصدر عضوى مفترض تبعا للمساهمة النسبية للعوامل النفسية أو للعضوية فى أحداثه .

(أحمد عكاشة ، ١٩٩٨ ، ٥١٦)

٢ - المحكات التشخيصية لاضطراب مواعيد النوم واليقظة وفق الدليل التشخيصى والإحصائى الرابع :

أ - نظام الفرد فى النوم واليقظة غير متزامن أو متوافق مع جدول النوم واليقظة المرغوب فيه ليناسب مع المتطلبات الإجتماعية وليتناسب مع أغلب الأشخاص فى محيط حياة الفرد .

ب - يعانى الفرد نتيجة لهذا الاضطراب من الأرق أثناء الجزء الأكبر من فترة النوم أو فرط النوم أثناء فترة الإستيقاظ وذلك كل يوم تقريبا لمدة شهر على الأقل أو بشكل متكرر ولفترات أقل من الوقت .

ج - الكمية والكيفية وأوقات النوم غير المرضية تتسبب إما فى إنزعاج شديد أو تتعارض مع أداء الفرد لمهامه الإجتماعية والمهنية .

(أحمد عكاشة ، ١٩٩٨ ، ٥١٧)

د - غفوات النوم المفاجئة : nakolepsy

١ - التعريف : من الممكن إعتبار هذا النمط من اضطرابات النوم مظهرا من مظاهر فرط النوم ، ويشير هذا الاضطراب إلى زملة من الأعراض تتضمن نوبات فجائية من النوم تنتاب الفرد وتستمر لبضع دقائق (يقدرها البعض بربع ساعة) ويمكن أن تحدث فى أى وقت ، وغالبا ما تكون مسبقة بشحنة إنفعالية قوية .

(جمعة سيد يوسف ، ٢٠٠٠ ، ص ١٥٣)

٢ - المحكات التشخيصية لغفوات النوم المفاجئة وفقا للدليل التشخيصي والإحصائي الرابع :

تشخص غفوات النوم المفاجئة إذا توافرت المحكات الآتية :

- أ - نوبات مفاجئة من النوم القصير تحدث يوميا على مدى ٣ شهور .
- ب - وجود أحد العرضين التاليين أو كليهما :
 - ١ - التوقف العضلي Cataplexy (مثل نوبات قصيرة من فقدان المفاجئ للتوتر العضلي في كلا الجانبين ، وهي أكثر ارتباطا مع الإنفعالات الشديدة) .
 - ج - إقحام متكرر لعناصر حركة العين لسرعة تتخلل الانتقال بين النوم واليقظة ، كما تتجلى إما بواسطة هلاوس النوم أو شلل النوم .
 - هـ - لا يرجع هذا الإضطراب إلى أى آثار فسيولوجية مباشرة نتيجة لتعاطي مادة (مخدرة) أو مواد نفسية (تدوى) أو أى حالة طبية عامة أخرى .
(APA. , 2000)

هـ - إضطراب النوم المرتبط بالتنفس :

- أ - إنقطاع (تشوش) فى النوم يؤدي إلى فرط النوم والأرق ، ويرجع ذلك إلى حالة التنفس المرتبط بالنوم (مثل زمالة الإختناق الأنسدادي أو الرئيسى أو التنقية الشريانية المنخفضة .
- ب - لا يفسر الإضطراب بواسطة نفس أخر ، ولا يرجع إلى تأثيرات فسيولوجية مباشرة نتيجة لتعاطي مادة (تعاطى مخدر) أو تعاطي مادة نفسية (التدوى) أو أى حال طبية عامه .
(APA. , 2000)

ثانيا : إضطرابات النوم الثانوية أو المخلات بالنوم : parasomnia

تعريفها : هى إضطرابات تتميز بأحداث سلوكية أو فسيولوجية شاذة تحدث مرتبطة بالنوم سواء كان بمراحل محددة فى النوم أو عند الانتقال من النوم لليقظة .

وإضطرابات النوم الثانوية - تعكس الإضطرابات الأولية لا تشتمل على إضطرابات فى الميكانيزمات المسؤلة عن مراحل النوم - اليقظة ، أو عن توقيت النوم واليقظة ، بل هى تمثل تنشيطا لأنساق فسيولوجية فى أوقات غير ملائمة أثناء دورة النوم - اليقظة . وتشمل هذه الإضطرابات - بوجه خاص تنشيط الجهاز العصبى

الارادة والجهاز الحركى أو العمليات المعرفية أثناء النوم أو عند الانتقال من النوم لليقظة .

(جمعة سيد يوسف ، ٢٠٠٠ ، ١٥٨)

وتتضمن هذه الفئات الاضطرابات الآتية :

أ - اضطراب الكوابيس الليلية : nightmare Disorder

١ - التعريف : الكابوس هو خبرة حلم محمل بالقلق و يليه إسترجاع تفصيلي شديد لمحتوى الحلم . وتتضمن عادة هذه الخبرة موضوعات تخص تهديدات البقاء أو موضوعات مشابهة لها ، أو أثناء النوبة النموذجية توجد درجة من النشاط العصبى اللارادى ولكن لا توجد أصوات تذكر أو حركة جسمية وعند الإستيقاظ يصبح الفرد منتبها ومهتديا بسرعة ويستطيع التواصل مع الآخرين فيعطى عادة تقريراً تفصيليا لخبره الحلم وذلك أما فى الفترة التالية على الإستيقاظ مباشرة أو فى الصباح التالى .

(أحمد عكاشة ، ١٩٩٨ ، ص ٥٢١)

٢ - محكات تشخيص اضطراب الكابوس الليلي وفق الدليل التشخيصى الإحصائى الرابع :

أ - الإستيقاظ من النوم الليلي أو الغفوات النهارية باسترجاع مفصل للأحلام المفزعة والتي تتضمن عادة تهديدا للحياة أو الأمان أو احترام الذات ، قد يحدث الإستيقاظ فى أى وقت من فترة النوم وعندما يكون الكابوس نموذجيا يحدث فى النصف الثانى منه .

ب - ينتبه الفرد ويعود لطبيعته سريعا فور الإستيقاظ من هذا الكابوس المخيف .

ج - تتسبب الأحلام واضطرابات النوم المترتبة عليه فترات من الإستيقاظ ويكون الفرد (فور إستيقاظه) فى حالة ضيق وتوتر شديدين .

د - لا يحدث الكابوس أثناء مسار اضطراب نفسى آخر (الهذيان مثلا ، أو أى اضطراب يمر به الفرد بعد تجربة صارمة) أو لا يرجع ذلك أيضا إلى تأثيرات فسيولوجية مباشرة نتيجة تعاطى مادة (دواء مخدر) أو تعاطى مواد نفسية (بهدف العلاج من اضطراب نفسى أو عقلى) أو أى حالة طبية عامة .

(APA. , 2000)

ب - اضطراب فرع النوم : sleep terror disorder

١ - التعريف : هو نوبات من الفزع الشديد والهلع تصاحبها أصوات عالية وحركة ذائدة ومستويات عالية من النشاط العصبي اللاإرادي ينهض الفرد من نومه جالسا أو واقفا وذلك أثناء الثلث الأول من النوم الليلي عادة ، أو يصرخ صرخة رعب ، في أحيان كثيرة ويسرع إلى الباب كما لو كانت محاولة هرب أو إن كان شاردا وغالبا ما يترك الفرد غرفته وقد تؤدي محاولات الآخرين التحكم في حدوث الفزع الليلي إلى مزيد من الخوف الشديد وذلك لأن المريض لا يستجيب عادة لهذه المحاولات .

(جمعة سيد يوسف ، ٢٠٠٠ ، ص ص ١٦٠ - ١٦١)

٢ - المحكات التشخيصية لاضطراب الفرع أثناء النوم وفق الدليل التشخيصي الإحصائي الرابع :

حيث تتلخص المحكات في :

أ - العرض الأساسي هو نوبات متكررة من اليقظة من النوم في الغالب تبدأ بصرخة خوف حادة مع وجود قلق شديد وحركة جسدية وفرط في النشاط العصبي اللاإرادي مثل : سرعة ضربات القلب ، النهجان ، تلاحق التنفس ، واتساع حدقتي العين مع وجود عرق غزير مصاحب لهذه الحالة .

ب - هذه النوبات المتكررة من الإستيقاظ المفاجئ من النوم تكون دون تفاعل مع العالم الخارجي ، وتستمر عادة هذه الفترة (والذهول) وتتراوح هذه الفترة في الغالب ما بين دقيقة إلى عشر دقائق ، وتحدث خلال الثلث الأول من النوم الليلي .

ج - إن الفرد لا يستجيب لمحاولات الآخرين في السيطرة على الفرع الذي لديه ، يلي ذلك فترة تستغرق عدة دقائق من عدم الإهتمام مع صدور حركات نمطية من الفرد .

د - يكون إسترجاع ما حدث في النوبة محدودا .

هـ - غياب أي دليل على وجود اضطراب عضوي ولا يرجع ذلك إلى تعاطي الفرد لمادة (تعاطي المخدرات) أو تعاطي أدوية نفسية (بهدف العلاج) أو أي حالة طبية عامة .

و - تسبب النوبات ضغطا إكلينيكيًا جوهريًا أو خلا في أداء الفرد لوظائفه سواء أكانت إجتماعية أو مهنية أو أي مجالات أخرى من التفاعل .

(APA. , 2000)

ح - المشى أثناء النوم : Sleep walking disorder (Somnambulism)

١ - التعريف : هو حالة تحدث أثناء النوم ويحدث تبدل الوعى حيث تجتمع فيها ظواهر النوم واليقظة أثناء نوبة التجوال يقوم الفرد من السرير غالبا أثناء الثلث الأول من النوم الليلي ويسير متجولا مبديا مستوى منخفض من الإدراك والتفاعل والمهارة الحركية عادة ما يترك الجوالون حجرات نومهم أثناء النوم وأحيانا يتجولون فعلا خارج بيوتهم وبالتالي فهم معرضون إلى مخاطر ضخمة بالإصابة أثناء نوبتهم ، لكنهم فى أحيان كثيرة يعودون سريعا إلى أسرتهم إما من تلقاء أنفسهم أو يقودوهم إليها بهدوء شخص آخر وحين يستيقظون (أما من نوبة التجوال أو فى صباح اليوم التالى) عادة لا يتذكرون أى شئ عن الحدث .

(أحمد عكاشة ، ١٩٩٨ ، ٥١٧ - ٥١٨)

٢ - المحكات التشخيصية لاضطرابات السير أثناء النوم وفق الدليل التشخيصى الإحصائى الرابع :

لابد من توافر المحكات التشخيصية الآتية :

أ - نوبات متكررة من النهوض من السرير أثناء النوم والتجوال لمدة عدة دقائق أو نصف ساعة تحدث عادة أثناء الثلث الأول من النوم الليلي .

ب - يكون وجه المريض أثناء النوبة شاحبا وبدون تعبير ، أو من الصعب أن يستجيب المريض لمحاولات الآخرين للتأثير عليه أو حتى التحدث معه ، ولا يمكن إيقاظه إلا بصعوبة بالغة .

ج - عند الإستيقاظ لا يتذكر الفرد شيئا عن النوبة سواء كان بعدها مباشرة أو فى الصباح .

د - عند الإستيقاظ تكون هناك فترة صغيرة من بعض التشوش وعدم التوجه (أو الاستجابة لتوجيهات الآخرين) .

هـ - غياب أى دليل على وجود اضطراب عقلى عضوى أو جسمى .

و - يسبب المشى أثناء النوم ضغطا إكلينيكيًا جوهريًا وكذا قصورا فى الأداء الاجتماعى أو المهنى أو أى مجالات أخرى للأداء أو التفاعل .

ز - لا يفسر الاضطراب بتأثيرات فسيولوجية مباشرة نتيجة تعاطى مادة نفسية (دواء مخدر أو مواد نفسية نتيجة العلاج من بعض الاضطرابات النفسية أو العقلية) أو أى حالة طبية عامة .

(APA. , 2000)

إضطرابات النوم وعلاقتها ببعض الإضطرابات النفسية والعقلية الأخرى :

يتداخل تشخيص إضطرابات النوم مع العديد من الإضطرابات النفسية بل مع الكثير من الأمراض العضوية (خاصة المزمنة) والمشكلة إن بعض إضطرابات النوم قد تكون سببا في بعض الإضطرابات وفي بعضها الآخر تكون نتيجة مترتبة عليها . وسوف نذكر في عجالة سريعة علاقة إضطرابات النوم ببعض الإضطرابات النفسية والعقلية الأخرى .

أولا : القلق وإضطرابات النوم * :

يعد القلق من العوامل الهامة في حدوث مشكلات النوم . ويمكن أن يصيب الفرد بالأرق ، كما أن الأفكار التي تلح على الفرد بصورة قهرية سبب آخر لمشكلات النوم وتقطعه . ومن الممكن أن يعد نمط النوم ومشكلاته بوجه عام من بين مؤشرات الصحة النفسية فإن نمط النوم قد يجعل الفرد يستيقظ من نومه نشطا ومرتاحا أو حزينا قلقا بما يؤثر على سلوكه وإنجازاته خلال اليوم .

(أحمد عبد الخالق ، مایسه النیال ، ١٩٩٢ ، ص ص ٤٥ - ٤٦)

وقد أظهرت نتائج العديد من الدراسات الامبيريقية (القليلة) عن وجود علاقة بين القلق وإضطرابات النوم ، فقد وجد - على سبيل المثال - فريد مان وساتلر Freedman & Sattler من خلال دراسة شملت مجموعة من الأشخاص الذين يعانون من مشكلات في النوم ، ومجموعة ضابطة ليس لديها أى شكاوى (حادة) من النوم ، حيث كان عدد الأفراد في كل مجموعة (٤٧) فردا وجميعهم من الذكور ، أو بتطبيق مقياسا للتقدير الذاتى للقلق ، وجد أن المجموعة التى تعاني من الأرق حصلت على درجة مرتفعة فى القلق مقارنة بالمجموعة التى ليس لديها مشاكل حادة مع النوم . وهذا فى رأينا أمر متوقع لكنه يثبت بصورة عملية طبيعية العلاقة القوية بين المعاناة من القلق فى مشكلة أو أكثر من مشاكل النوم . Freedman & Sattler. 1982. pp. 380 - 390 .

كما توصلت دراسة أخرى إلى أن القلق يظهر فى صورة متعددة أظهرت نتائج العديد من الدراسات الميدانية (القليلة) عن وجود علاقة بين القلق ومشكلات النوم ، فقد وجد فريمان ساتلر (Freedman & Sattler . 1982) . ومن خلال دراستهم التى حاول رصد مظاهر مشكلات النوم لدى عينة تعاني من الأرق وعينة لا تعاني من الأرق ، وجاءت النتائج توضح أن جوانب الإضطراب كانت فى جانب العينة

* إعتمدنا فى كتابة هذا الجزء من بحث : مشكلات النوم وعلاقتها بالقلق الصريح والإكتئاب للباحث .

المضطربة Freedman & Sattler, 1982 . pp. 380 - 390 . كما وجد في دراسة أخرى إن القلق يظهر في صورة متعددة لحدوث مشكلات النوم فقد يحدث في بداية النوم أو في خلاله ، بل ويقود إلى الفزع الليلي والدخول في الكوابيس وكلها عوامل ترتبط بالخوف (Brown & Black . 1994) حيث توصل شتاين وزملاؤه إلى أن معاناة الشخص من القلق يقود إلى العديد من مشكلات النوم مثل : صعوبة التنفس والتجوال الليلي والكوابيس المزعجة (Stein et al. 1995) . وقد تأكدت هذه النتيجة في دراسة أحمد عبد الخالق ، ومايسه النبال (١٩٩٢) من وجود إرتباطات موجبة بين مشكلات النوم وكل من القلق ومظاهره المختلفة ، وهو ما توصل إليه خالد عبد الغنى (١٩٩٨) وهو ما أكدته أيضا (ريتشارد وسوزان) من أن الشخصيات التي تتميز بوجود درجة لديها عالية من القلق يظهر لديها العديد من الاضطرابات سواء اضطرابات الطعام أو النوم (Richard & Susan . 2000 pp. 170 - 185) . وأن ٥٠٪ من الذين عانوا من مشكلة أو أكثر من مشاكل النوم إنما تم ذلك بسبب معاناتهم من القلق .

(ليندساي ، جاهنشاهي ، ٢٠٠٠ ، ص ٦٩١) .

ثانيا : الإكتئاب واضطرابات النوم :

لعل من بين الأسباب النفسية لمشكلات النوم ارتفاع معدلات الإكتئاب ، حيث يسترجع الفرد أحداث يومه قبل نومه مباشرة ويجسدها بما تحتويه هذه الأحداث من جوانب سارة وأخرى مؤلمة مع التركيز على الأخيرة لدى مثل هؤلاء الأفراد .. ويظل الفرد يفكر فيها بصورة مركزة بحيث تتمكن منه وترتفع مستويات الإكتئاب من الماضي وتزيد معدلات القلق من المستقبل عنده ، فإذا نام أتم نومته بالتوتر والتقطع والاضطراب وشعر بالتعب ، وقد تلازمه أحلام مزعجة تعزق نومه تماماً .

(أحمد عبد الخالق ، مايسة النبال ، ١٩٩٤ ، ص ٤٥) .

وقد ربطت العديد من الدراسات بين الإكتئاب ومشكلات النوم Wuislin et al. 1994 pp. 554 - 556 . ذلك لأن مشكلات النوم تعد من أكثر الأعراض شيوعا في مرضى الإكتئاب ، وأن من يتصفح أى اختبار للأكتئاب سوف يجد العديد من البنود التي تعكس معاناة الشخص من مشكلات النوم كمؤشر على الأكتئاب (غريب عبد الفتاح ، ١٩٩٢ ، ص ٥) . ويكون النوم عند مرضى الإكتئاب متسما بالأرق مع كثرة الإستيقاظ أثناء الليل ، وأرق في الصباح الباكر (الكسندر بوريلي ، ١٩٩٢ ، ص ١٩٢) . وهو ما توصل إليه أحمد عبد الخالق ومايسه النبال (١٩٩٢) من وجود

بلاقة بين معاناة الشخص من الإكتئاب وبين مشكلات النوم . وأيضاً أيدت ذلك راسة كرسب وشابيرو ، حيث وجدوا من خلال تتبع مشكلات النوم لدى مجموعة من لأفراد يعانون من الإكتئاب أنهم أكثر معاناة من مشكلة أو أكثر من مشكلات النوم مقارنة بأفراد العينة التي لا تعاني من الإكتئاب بصورة حادة (Crisp & Shapiro, 1993. pp. 45 - 47 وقد توصل في البيئة العربية كل من عبد الستار إبراهيم يرضوى إبراهيم إلى وجود علاقة ما بين الإكتئاب ومشكلات النوم لدى عينة من طلاب الجامعات (Ibrahim & Ibrahim . 1996 . p. 27) . وهو ما ذكره بصورة تفصيلية (ليندساي) في مجمل عرضه للعديد من البحوث والدراسات في التراث الأجنبي والتي أكدت وجود علاقة بين الإكتئاب ومشكلات النوم (ليندساي ، ٢٠٠٠ ، ص ص ٧٠٨ - ٧١٥) .

والقلق من الإضطرابات العصابية تقريبا ، كما يعد السمة المميزة لكثير من الأضطرابات السلوكية والذهان (أحمد عبد الخالق ، ١٩٨٧ : ٢٥) . ومع تعدد نظريات القلق وتنوعها ، اختلفت وجهات نظر علماء النفس إلى القلق إختلافاً بيناً حيث يركز الباحثون على واحد أو أكثر من المفاهيم المتعددة للقلق ، ما بين أنه إنفعال سلبي ، وزملة إكلينيكية ، ومستويات متعددة ، لأن القلق يعد من أكثر السمات المزاجية أهمية وتأثيراً في حالة الفرد الجسدية والنفسية والعقلية والسلوكية (أحمد عبد الخالق ، ١٩٨٤ : ٣) ، كما أن القلق ينقسم إلى حالة State وسمة Trait حيث تشير حالة القلق إلى وضع طارئ ووقتي عند الفرد يحدث له إذا تعرض لأحد الموضوعات التي تثير هذا القلق وباختفاء هذه الأحداث تنتهي حالة القلق ، أو تتفاوت شدة هذه الحالة حسب درجة التهديد أو الخطر Threat والتي يدكها الفرد متضمنة في الموقف ، أما سمة القلق فتشير إلى أساليب استجابة ثابتة نسبياً تميز شخصية الفرد وبعبارة أخرى تميز سمة القلق واستعداد طبيعي وإتجاه سلوكي يجعل الفرد قلقاً (سميحة عبد الفتاح إسماعيل ، ١٩٩٤ : ٥٠) . كما أن القلق أنواع عدة ، فهناك قلق الإمتحان Test Anxiety وقلق الجنس Sex Anxiety والقلق الإجتماعي وقلق الموت (أحمد عبد الخالق ١٩٨٧ : ٣١ - ٣٤) . وقد وجدت العديد من الدراسات وجود علاقة بين المعاناة من القلق (بصفة عامة) وبين إضطرابات النوم مثل زيادة فترة اليقظة بصفة عامة والمعاناة من الفرع الليلي والكوابيس وتوقف التنفس وغيرها من الإضطرابات (Arriaga, et al., 1996), (Brown, et al., 1994) , (Crisp & Shapiro, 1993 : 46)

ثالثا : الإكتئاب العصابى واضطرابات النوم :

والإكتئاب هو اضطراب مزاجى ، يفصح عن نفسه من مجموعة من الزملة الإكتئابية Depressive Syndrome بعضها عضوى ، والبعض الآخر ذهنى ومزاجى ، وبعضها الثالث إجتماعى وهى تشتمل على جوانب من السلوك والأفكار والمشاعر التى تحدث مترابطة ، والتى تساعد فى النهاية فى تشخيص السلوك بالإكتئاب (عبد الستار إبراهيم ١٩٩٨ : ٢١) وتوجد علاقة بين الإكتئاب والانتحار ، بل إن الذين يعانون من الإكتئاب يتزايد الاستهداف للانتحار لديهم وفقدان الأمل واليأس (١٦ - ٣٠ : Rudd, M. M, 1990) , (٣٦٤ - ٣٧٣ : Rieh, A. et al, 1992)

والإكتئاب خبرة وجدانية شخصية تتسم أعراضها بالتشاؤم ، وفقدان الإهتمام ، والشعور بالفشل وعدم الرضا ، والرغبة فى إيذاء الذات ، مشاعر الذنب والألم وفقدان الشهية ، وحدوث اضطرابات فى النوم ، وبطء الإستجابة , Corsini Encycl Opedia (٢٠٠١ : ٤٤١)

ويُصنف الإكتئاب وفقا للدليل التشخيصى والإحصائى الرابع DSM IV ضمن الإضطرابات المزاجية Mood Disorders والتى تنقسم بدورها إلى أربعة أقسام ، وكل قسم من تلك الأقسام يتفرع إلى فئات أخرى تتضمن أنماطاً من حالات الإكتئاب كما يلى :

١ - النوبة المزاجية وتنقسم إلى :

- نوبة الإكتئاب الرئيسى Major Repressive Episode

- نوبة الهوس Manic Episode

- نوبة مختلطة Mixed Episode

٢ - الإضطرابات الإكتئابية : وتنقسم إلى :

- إضطراب الإكتئاب الرئيسى Major Depressive Disorder

- إضطرابات اليأس Dysthymic Disorder

- إضطراب إكتئاب غير محدد Depressive Disorder Not Other Wise

Spesified

٣ - إضطرابات ثنائية القطب : وتنقسم إلى :

- إضطرابات ثنائية القطب الفئة الأولى Bipolar I Disorder

– اضطرابات ثنائية القطب الفئة الثانية Bipolar II Disorder

– الإضطراب الدوري Cyclothymic Disorder

٤ – اضطرابات مزاجية أخرى مثل :

– إضطراب مزاجي يرجع لأسباب طبية عامة Other Mood Disorder
(APA, 1994)

وهناك العديد من النظريات التي حاولت تفسير الإكتئاب مثل المنحى التحليلي والمنحى البيولوجي (Myers, 1995 : 518 - 519) ، والتفسير المعرفي Pinnigton, et al. 1999: 170 - 171).

وتوجد علاقة بين إضطرابات النوم والإكتئاب ، حيث تُعد إضطرابات النوم من أكثر الأعراض شوعاً في الإكتئاب حيث يعاني من الأرق الشديد والذي يحيل حياته إلى مزيد من المعاناة والألم ، ولعل هذه الإضطرابات تزيد حالة المكتئب إكتئاباً لأنه قد يظل أرقاً والناس من حوله ينامون .

(الكسندر بوريلي ، ١٩٩٢ : ٢١٩) .

رابعاً : إضطرابات النوم لدى مرضى الوسواس القهري في الدراسات السابقة :
يعد إضطراب الوسواس القهري من الإضطرابات العصابية ، وإن كان أقلها شيوعاً . وعلى الرغم من ذلك يعد مصدراً أساسياً لكل من القلق والإكتئاب والمخاوف وهو بالتالي يؤثر في حسن توافق الفرد .

(توفيق عبد المنعم ، ٢٠٠٠ : ٦٤)

وإن كانت الدراسات التي حاولت معرفة نسب إنتشاره في العالم العربي ومصر مازالت جد قليلة ومتفرقة .

(وائل أبو هندی ، ٢٠٠٣ ، ١٠٩ – ١١٠)

كما يجب التفرقة بين عصاب الوسواس القهري وبين الشخصية الوسواسية حيث تتبدى مظاهرها في عديد من السمات .

(سيلفيا . ب . د . ، ٢٠٠٠ : ٥٩ – ٦٠)

وقد اختلفت النسب الإحصائية المقدمة لمدى إنتشاره ما بين ٥٠ ر . من الجمهور العام وصولاً إلى ٢٦ ٪ .

(حسن مصطفى عبد المعطى ، ١٩٩٨ : ٩٠ – ٩٦)

لكن لابد من التعامل مع هذه الأرقام بحذر وتتعدد التعريفات التي قدمت لمفهوم الوسواس القهري Obsessive Compulsive .

إلا أننا نستطيع رصد أهم ملامحه في :

- وجود أفكار أو اندفاعات أو مخاوف أو طقوس حركية أو أدوية غريبة وشاذة .

- معرفة الشخص بتفاهة مثل هذه الأفكار ولا معقوليتها وعلمه الأكيد أنها لا تستحق منه كل هذا الإهتمام .

- محاولات الشخص المستمرة مقاومة مثل هذه الأفكار وعدم الاستسلام لهل بسهولة ، ولكن مع الإلحاح يستسلم أملا في الخلاص منه .

- إحساس الشخص بسيطرة مثل هذه الأفكار أو الأفعال وقوتها القهرية عليه مما يترتب على ذلك إهدار طاقاته وحدث (تفسخ) في علاقاته الإجتماعية .

(Richard , Kim, W, et al. 1993 : 37 - 44)

(Susan. K, 2000 : 185 - 186) و (توفيق عبد المنعم توفيق ، ٢٠٠٠ ،

٦٧) و (سيلفيا . د ، ٢٠٠٠ : ٦٠ - ٦١) و (أحمد عبد الخالق ، ٢٠٠٢) ، و (صفوت فرج ، ١٩٩٩ ، ١٩١ - ٢٢٤)

وعموما ، فإن الدراسات التي أجريت على فئة الوسواس القهري قليلة في المجال العربي إذ حاولت الدراسات دراسة طبيعة التفكير التجريدي لدى العصابين القهريين .

(محمد سامي هنا ، ١٩٦٤)

ودراسة الفروق بين الذكور والإناث (أحمد عبد الخالق ، عبد الغفار الدماسط ، ١٩٩٥ ، ١ - ١٨) ودراسة حالات لمرضى الوسواس القهري من خلال الإستجابة على اختبار تفهم الموضوع (عادل خضر ، ٢٠٠٠ : ٧٨ - ١٣٩) ، (صفوت فرج ، ١٩٩٩ ، ١٩١ - ٢٤٢) ، (سعاد البشر ، صفوت فرج ، ٢٠٠٢ ، ٢٠٧ - ٢٢٧) .

وصنف إضطراب الوسواس القهري في الدليل التشخيصي الإحصائي الرابع للطب النفسي ضمن إضطرابات القلق ويأخذ الصور الآتية :

- إضطرابات الشخصية الوسواسية وهو نمط مستمر ومداوم للشخصية يتميز بنزوع متطرف نحو الكمال والنظام المفرط ، وعدم القدرة على الحلول الوسطى مع شعور مبالغ فيه بالمسئولية .

إن هذه الأفكار أو الأفعال تمكنا من إمكانية تصنيف الشخص في فئة قهرية وسواسية معينة (أفعال تأخذ صورة المراجعة والفحص والتدقيق / فئة لديها أفعال النظافة والإغتسال ... الخ) (APA, 1994)

ومن الجدير بالذكر أنه حتى عام ١٩٧٠ لم تكن هناك مقاييس متاحة للتعرف على ملامح الوسواس القهرى ولكن بعد ذلك توالت المقاييس السيكمترية سواء فى البيئة الأجنبية أو البيئة العربية .

(أحمد عبد الخالق ، أحمد الدماطى ، ١٩٩٥)
ومن الجدير بالذكر أن القليل من الدراسات قد تناولت اضطرابات النوم لدى فئة الوسواس القهرى ومن هذه الدراسات دراسة أحمد عبد الخالق ، مایسة البیال ، ١٩٩٢ حيث توصلوا إلى أن فئة الوسواس القهرى تعاني من اضطرابات النوم ، ٣٣ - ٤٩)
ودراسة (Okasha, A. et al, 1984 : 143 - 147) .

مع العلم أن الدراسات قد وجدت تداخلا ما بين القلق والمخاوف الإكتئاب والوسواس القهرى ، وأن ما يجمع مثل هذه الاضطرابات أنها تمثل تجمعا أو تكتلا واحدا .

(أحمد عبد الخالق ومایسة النیال ١٩٩٠ : ٥٤٥ - ٥٧٥)
إذ من الشائع لدى المرضى بإضطراب الوسواس القهرى إن يملوا بخبرة الإصابة بالقلق العام الشديد ، والمخاوف المرضية ، ونوبات الهلع المتكررة ، وتجنب المعوق ، والإكتئاب الأساسى وتكون جميعا مرتبطة بأعراض الوسواس القهرى .
(أحمد عبد الخالق ، ٢٠٠٠ ، ص ١٩٩)

ولذا فإن الخط العام المشترك كازى مرضى الوسواس القهرى هو محور المرض المشترك Comorbidity والذي يعنى معاناة الفرد من أكثر من مرض واحد أو عرض واحد فى نفس الوقت ومن هه الأعراض فقدان الشهية العصبى ، توهم المرض ، اضطراب إختلا صورة الجسم واضطرابات النوم وغيرهم .

(campll, 1996 , p . 139)

(volk, 1997 , pp . 140 - 144)

خامسا : اضطرابات النوم مرضى المخاوف :

يعتقد كثير من علماء النفس أن المخاوف مكتسبة وأن ما يتصل بها من حالات القلق بشكل جزءا كبيرا من الدوافع البشرية ، وأن ما يحول دون الفرد والحياة السعيدة هو الخوف .

(وفاء مسعود ٢٠٠١ : ٦٤)

وقد وصف وكسلر وزملاؤه المخاوف بأنها العرض الأكثر شيوعاً في الولايات المتحدة الأمريكية ، فعلى سبيل المثال يعاني في أى عام ١٧ ٪ من الناس من شكل واحد على الأقل من أشكال المخاوف ، بل ويتلقى واحداً من كل أربعة من أولئك الناس علاجاً لتلك المشكلة . (Kessler et al, 1994)

وعديد من التعريفات قدمت للمخاوف المرضية إلا أننا سنكتفى بإيراد تعريفين:
الأول : حيث يرى أحمد عكاشة (١٩٩٨) أن إستجابة الخوف هي حيلة دفاعية لاشعورية يحاول المريض أثناءها عزل القلق الناشئ من فكرة أو موضوع أو موقف معين في حياته اليومية وتحويله لفكرة أو موضوع أو موقف رمزي ليس له علاقة مباشرة بالسبب الأصلي ومن هنا ينشأ الخوف الذي يعلم المريض عدم جدواه ورغم ذلك يتحشاه

(أحمد عكاشة ، ١٩٩٨ : ٩٢ - ٩٣) .

١ - حالة خوف شديد ومستمر بلا مبرر واضح ، إزاء شئ ما أو موقف ما أو مكان ما أو توقعه .

٢ - أن التعرض لمثير المخاوف بسبب حالة من القلق التلقائي والذي من الممكن أن يكون مصحوباً أو مسبباً لحالة من الرعب .

٣ - أن الشخص الذي يعاني من المخاوف يعي أن خوفه غير ملائم للموقف ولا مبرر له .

٤ - يتجنب الشخص الموقف المثير لمخاوفه وإلا فإنه يتعرض لقلق شديد .

٥ - أن التجنب أو المتوقع أو التعرض للموقف المثير للخوف يعيق بشكل دال نظام حياة الشخص في كافة مناشطه العملية أو الشخصية أو الإجتماعية .

٦ - ينبغي أن تكون المخاوف المرضية غير ناتجة عن زملة مرضية أخرى تفسر هذا الخوف (الوسواس القهري مثلاً) (APA, 1994 : 199)

كما أن المخاوف المرضية كثيرة قد تصل في عددها إلى أكثر من خمسين نوعاً ومن أمثلتها : الخوف من الأماكن العالية ، الخوف من الأماكن المفتوحة ، الخوف من الرعد ، من الأماكن المغلقة ، وفوبيا النوم ... الخ .

(عبد الرحمن سيد سليمان ، ١٩٩٠ : ١٢٥) (ليداساي ، ٢٠٠٠ : ١٧٠ -

ولعل العرض الشائع في كافة المخاوف المرضية هو التجنب ودخول الشخص الخائف في نوبات فزع ، حيث حدد الدليل التشخيص والإحصائي الرابع DSM IV ضرورة معاناة الشخص من عدة أعراض مثل : لوحدة / الشعور بالإختناق / ألم الصدر أو عدم الإرتياح / الغثيان أو عدم إستقرار المعدة / الشعور بالدوخة ... الخ .
(A. P. A. DSM IV , 1994 p. 395)

كما أن هناك علاقة بين العمر ، وكذا النوع وبين المخاوف (نيفين زبور . ١٩٩٠ : ٢٢ - ٣٧) (عبد المنعم طلعت عباس ، ١٩٩٢) (Dimberg, V . et al 1998 , 75 - 80)

كما أن الكثير من النظريات قد حاولت تفسير المخاوف منها نظرية التحليل النفسي التقليدية لفرويد والذي يرى أن أساس الخوف هو خبرات الطفولة والتي ينشأ نتيجة : غياب مصدر إشباع الإحتياجات ، الخوف من فقدان الحب ، الخوف من الخصاء والخجل الشديد والتعاسة المرتبطة بالموقف الأوديبى ، والخوف نتيجة لمشاعر الذنب وأن القلق شيئاً ضرورياً للشخص الخائف .

(وفاء مسعود ، ٢٠٠١ ، ٦٦ - ٦٧)

في حين ترى المدرسة السلوكية أن الخوف هو استجابة ترجع إلى التعلم الشرطى ، كما يحدث في حالة خبرة مخيفة وقعت في الطفولة (المثير الأصلي للخوف) وإتبطت بمثير شرطى حيث تنتقل استجابة الخوف من المثير الأصلي الذى سبب الخوف إلى مثير يكون قد أقترن به شرطياً .

(أمينة مختار ، ١٩٨٠ : ٢٥ - ٣١) ، (عبد الله جاد ، ١٩٩١ : ٥٩ - ٦٦)

في حين ترى المدرسة المعرفية وباندورا ونظريته في التعلم الإجتماعى - تحديداً - التعلم الاجتماعى عملية حيث أوضح أن عملية نشطة وتحتاج إلى شروط تضمن نجاحها (B andora , 1969) وقد توسعت نظريات التعلم المعرفى فى التوصل إلى حقيقة أن الأفراد لا يتعلمون من خلال القواعد التشرىطية بل من خلال إدراكات وتفسيرات الحوادث والخبرات والمواقف التى يمر بها الأشخاص والعلاقة بين المخاوف وإضطرابات النوم وعلاقة ارتباطية فقد وجد Brown, et al, 1994 - على سبيل المثال - علاقة بين إضطرابات النوم والمخاوف المرضية ، وكذلك دراسة Stein , et al , 1995

فى عام ١٩٨٠ تناول Berrttini دراسة حالة لشخص يعانى من ذهان

البارانويا ويعانى من الشخير ، وتوقف التنفس أثناء النوم مع زيادة وزنه كما ظهرت لديه مشكلة غفوات النوم أثناء النهار ، إضافة إلى شعوره المستمر بالتعب الجسمى مع زيادة الوزن ، وقد تم إجراء العديد من التدخلات الطبية والنفسية لعلاج مثل هذه الإضطرابات .

(Berrttini, 1988 , pp. 493 - 494)

فى عام ١٩٨٦ قام بلويز وزملاؤه Bliwise, et al. بعلاقة الأرق وعلاقته بالعمر لدى مجموعة من الأشخاص اللذين تم تشخيصهم بمعاناتهم من الأرق ، وتتراوح أعمارهم ما بين ١٦ - ٨٥ عاما ، وقد تم تطبيق اختبار الشخصية المتعددة الأوجه MPPI ، وقد أتضح مظاهر الأرق لدى الأعمار الأقل ، إضافة إلى وجود عديد من الإضطرابات الباثولوجية الأخرى فى فئة المسنين وأن الفرد كلما كان يعانى من الأرق يكون غير قادر على حسم مشاكله كلما زادت إضطرابات نومه .

(Bliwise, et al., 1986 pp. 3 - 6)

وفى عام ١٩٨٧ قام عز الدين E.Z-Elidin بدراسة أنماط النوم وعلاقتها بسمات الشخصية ، وأن عينة الدراسة شملت مجموعة من المرضى بالأرق ، والإكتئاب والهوس والفصام ، وقد استخدم جهاز النوم وموجات دلتا كعلامة على الاستغراق والإستعداد أو الاستغراق فى النوم ، وقد وجد أن ساعات النوم الأقل تميز مرضى القلق العصابى ، فى حين أن فئة الإكتئاب يظهر لديهم الإضطراب فى صعوبة الدخول فى النوم أو الاستمرار فيه وقصر المدة ، فى حين وجد أن مرضى الهوس يكونوا غير قادرين على الإستقرار وبالتالي يمكن أن يظلوا لأيام بلا نوم ، فى حين تميز نوم فئة .

أسباب إضطرابات النوم :

وتنقسم هذه الأسباب إلى :

أ - مشكلات مرتبطة بالنوم ولكنها عابرة ومؤقتة ، بعضها خاص بالفرد مثل : الإكتثار من تعاطى العقاقير المنبهة ، الإصابة ببعض الأمراض الجسمية كالآم الأسنان ، تعاطى أدوية لعلاج أمراض معينة خاصة أدوية الحساسية (جمعة سيد يوسف ، ٢٠٠٠ ، ص ١٦٦ ، وبعض هذه العوامل الخارجية مثل : الضوضاء ، تغيير فى المناخ ، الانتقال من العمل النهارى إلى العمل الليلي ، وما يترتب على التقاعد من إختلال فى دورة اليقظة - النوم (ديتريك لانجين ، ١٩٨٤ ، ص ٦١) .

ب - مشكلات مرتبطة بالنوم ولكنها مزمنة ومستمرة وتنقسم بدورها إلى مجموعتين من الأسباب :

١ - مجموعة الأسباب التي يعد اضطراب النوم ثانويا بالنسبة لها مثل إصابة الفرد بالأمراض العضوية ، أو النفسية والعقلية .

(جمعة سيد يوسف ، ٢٠٠٠ ، ص ص ١٦٦ - ١٦٧)

٢ - مجموعة الأسباب المخلة بالنوم : حيث قدمت عدة نظريات لتفسير كيفية حدوث مشكلات في النوم ، ومن هذه النظريات :

أ - النظرية اليورينية للنوم : ويذهب أنصار هذه النظرية إلى أن النوم واليقظة يحدثان نتيجة تباعد أو تقارب إتصال الخلايا العصبية ببعضها في المخ ، بالإضافة لنقص الدورة الدموية للمخ ، وأنه إذا حدث (كف) فوق النصفين الكرويين بالمخ حدث النوم ، وإذا انحصرا تلاشى النوم (سامى عبد القوى ، ١٩٩١ ، ص ص ١٢١٣ ، السيد أبو شعيشع ، ١٩٩٣ ، ص ص ٢٩٦ - ٢٩٨ ، Empson , 1993) . وينشأ الخلاف بين رابين ، يرى أصحاب الرأي الأول أنه ليس هناك مراكز خاصة بالنوم في المخ لأن الكف والنوم واقع يطرأ على كل خلية ولذا لا حاجة لوجود خلايا لهذا الغرض (Empson 1993. p 187) . في حين تؤكد وجهة نظر أخرى على وجود خلايا خاصة في المخ ووظيفتها إحداث النوم ، بل ويحددون أماكن هذه المراكز وتحديدا فوق منطقة تقاطع عصبى البصر في الجزء الأمامى للهيپوثلاموس (تحت المهاد) وهذه المراكز مسئولة عن إيقاع دورة النوم - اليقظة .

(Guyton. 1996, pp. 763 - 68)

ب - النظرية الإيضية للنوم : وتنهض هذه النظرية على أن المخ في فترة اليقظة يقوم بتخليق مادة تسمى الحامل الحادث للنوم - S - وهذه المادة تتجمع في السائل المخى النخاعى وعند وصوله لمستوى معين من التركيز يحدث النوم ، وأن دورية التجمع والتخلص من هذا العام تقود إلى دورية النوم واليقظة (خالد عبد الغنى ، ١٩٩٨ ص ١٢) . ووفقا لهذه المادة ودرجة تركيزها من عدمه تكون أنماط النوم Sleep Patterns والتي تنقسم بدورها إلى نوم أرثوذوكسى يتميز بالتعمق نشاط موجات دلتا ، أو النوم النقيضى ، حيث السطحية وإنخفاض نشاط موجات دلتا وحدث الأحلام Shapiro & Flanigan 1982, pp. 290 - 292. Harding, 1993. p.5)

ج - الأسباب النفسية والاجتماعية : حيث أمكن حصر مجموعة من الأسباب النفسية والاجتماعية التي يمكن أن تقود إلى حدوث مشاكل النوم المختلفة ومنها : الضغوط النفسية والاجتماعية سوء تنظيم إيقاع النوم - اليقظة العادات السيئة في الطعام والشراب ، زيادة الوزن والسمنة .

(جمعة سيد يوسف ، ٢٠٠٠ ، ص ص ١٦٩ - ١٧٠)

وهكذا تتعدد العوامل التي من الممكن أن تقود إلى حدوث مشاكل النوم ما بين عوامل نيورنية عصبية ، وعوامل إيضية - كيميائية ، وعوامل نفسية - إجتماعية .

علاج إضطرابات النوم :

ركزت العديد من الإجتهدات في هذا الصدد على علاج الأرق باعتباره الإضطراب الأكثر شيوعا في زملة إضطرابات النوم من خلال المحاور الآتية :

١ - العلاج النفسى مع بعض المطمئنات من مجموعة البزوريازيبين مثل : الفاليوم ، اتيفان ، موجودون ، تورميترون خاصة في حالات القلق ويستحسن إستعمال هذه العقاقير لمدة لا تزيد عن ستة أسابيع حتى لا يتعود المريض على التعاطى .

٢ - إذا كان الأرق ثانويا لإضطراب اكتئاب فالعلاج الأمثل بعد مضادات الإكتئاب خاصة النوع المهدئ مثل : التريتيتول التريبتوفان .

٣ - إذا كان الأرق ثانويا بالإضطراب ذهابى فهنا يتجه العلاج إلى مضادات الذهان مثل : اللارجاكتيل ، الميليريل .

٤ - إذا كان الأرق ثانويا لاستعمال المواد مثل المنبهات أو الهيردين حتى مانع من إعفاء خليط من مضادات القلق والإكتئاب والذهان .

٥ - عندما لا نجد سببا نفسيا أو إضطرابا عقليا للأرق نحاول العلاج نوعه غير كيميائى بما يسمى (النوم الصحى) .

(أحمد عكاشة ، ١٩٩٨ ، ٥٢٢ ، ٥٢٣)

٦ - إضافة إلى تدريب المريض على الإسترخاء العضلى التدريجى والتسكين أو التدريب على توليد التنبيه الذاتى .

٧ - تصميم برامج للتحكم فى المنبه الذى يقود إلى الأرق خاصة تلك الأنشطة التي قد يمارسها الشخص قبيل دخوله إلى الفراش .

(ليندساي ، ٢٠٠٠ ، ص ص ٧٠٦ - ٧١٦)

مسار ومآل اضطرابات النوم :

- الدراسات عموما في هذا المجال قليلة .
 - تتوقف ظروف المسار والمآل الجيد أو السيئ على العديد من توافر العديد من المحكات .
 - إن اضطراب الأرق يعد الإضطراب أكثر دراسة وإهتماما من قبل الباحثين الذين يتقدمون للشكوى من اضطرابات النوم سواء في السيارة الخاصة أو مراكز علاج اضطرابات النوم .
 - وجد على سبيل المثال أن الأرق يتحسن إذا كان :
 - أ - مرتبط ببعض الضغوط الخارجية .
 - ب - سواء وتكامل شخصية الفرد قبل حدوث اضطراب أو أكثر في النوم .
 - ج - وجود بيئة إسرية مشجعة ومدعمة للفرد إيجابيا .
 - د - وجود إنفراجه لأزمات الفرد الخارجية .
 - هـ - وجود قدر من الواقعية والصلابة النفسية (لدى الفرد .
- (Altshuler. et al , 2001 , pp. 48 - 61)

المراجع

- ١ - أحمد عكاشة (١٩٩٨) ، الطب النفسى المعاصر ، القاهرة ، مكتبة الانجلو المصرية .
- ٢ - أحمد عبد الخالق ، مایسة النیال (١٩٩٢) ، إضطرابات النوم وعلاقتها بكل من القلق والإكتئاب والوسواس ، القاهرة ، بحوث المؤتمر الثالث لعلم النفس فى مصر ، مكتبة الانجلو المصرية ، ص ص ٣٣ - ٤٩ .
- ٣ - الکسندر بوریل (١٩٩٢) ، أسرار النوم ، ترجمة أحمد عبد العزیز سلامه ، الكويت ، عالم المعرفة ، العدد (٦٣) ، المجلس الوطنى للثقافة والفنون والآداب .
- ٤ - جمعة سید یوسف (٢٠٠١) ، الإضطرابات السلوكية وعلاجها ، القاهرة ، دار غریب للطباعة والنشر والتوزیع .
- ٥ - غریب عبد الفتاح (١٩٩٢) ، مقياس بیک للإكتئاب ، القاهرة ، مكتبة النهضة المصرية ، الطبعة الثانية .
- ٦ - لیندسلى ، جاهنشاهى (٢٠٠٠) ، علاج إضطرابات النوم ، فى مرجع فى علم النفس الاكلینیکى للراشدين ، تحریر س . لیندزای ، ج . بول ، ترجمة صفوت فرج ، القاهرة ، مكتبة الانجلو المصرية ص ص ٦٩٩ - ٧١٦ .
- ٧ - لیندسای ، جاهنشاهى (٢٠٠٠) ، فحص إضطراب النوم ، فى : مرجع فى علم النفس الاكلینیکى للراشدين ، تحریر س . لیندزای ج . بول ، ترجمة صفوت فرج ، القاهرة ، مكتبة الانجلو المصرية . ص ص ٦٨٣ - ٦٩٨ .
- ٨ - محمد حسن غانم (٢٠٠٢) ، مشكلات النوم وعلاقتها بالقلق الصریح والإكتئاب ، مجلة : دراسات عربية فى علم النفس ، القاهرة ، المجلد الأول ، العدد الرابع ، ص ص ٦٥ - ١١٩ .
- 9 - American psachitric associayion (2000) .Diagnó stic and statinticab manual of ment al dinande 4th , ed. washington. DC.

- 10 - Altshuler. er. L., cohen, Moline. M. et al . (2001) **Expert consensus guidelines fortreatment of sleep disorders in women : Anewtreatment tool** . Journal of the economics of neuros cience vol (3) pp. 48 - 61

الفصل الحادي عشر

الإعتماد على المخدرات Drugs Dependency

محتويات الفصل

- الإعتماد على المخدرات وما يرتبط به من مفاهيم،
- المحكات التشخيصية للإعتماد على المواد المؤثرة نفسيا وفق الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع.
- هل إدمان النيكوتين يدخل ضمن باب الإدمان أم لا ؟
- المواد المخدرة.
- ديناميات الشخص المدمن.
- وجهة نظر المجتمع في الإدمان.
- هل الإدمان مرض أم جريمة.
- في علاج الإدمان، النظريات التي فسرت ظاهرة الإدمان.
- محاور التأهيل النفسي والاجتماعي للمدمني المخدرات.
- مآل الإدمان.

الإعتماد على المخدرات

Drugs Dependence

مقدمة :

أصبحت مشكلة المخدرات تمثل أخطر التحديات الراهنة التي تواجه عالمنا المعاصر ، وتهدد استقرار البشرية وأمنها وتقدمها أو ذلك بعد أن اجتاحت وباء الإدمان - وما يرتبط به من ظواهر إجرامية أخرى - مختلف المجتمعات المتقدمة والنامية ، وسبب لها العديد من المشكلات الصحية والاجتماعية والأمنية والاقتصادية الخطيرة ، ووصل الإنتاج العالمي من المخدرات إلى إرقام قياسية غير مسبوقة ، وأخذت أجهزة مكافحة - خاصة في ظل المتغيرات - التي يموج بها العالم الآن - تواجه صعوبات متزايدة في الحد من عمليات إنتاج المخدرات والإتجار غير المشروع بها .

(محمد حسن غانم ، ٢٠٠٥ ، ١٧)

الإعتماد على المخدرات وما يرتبط به من مفاهيم :

التعاطى Drug abuse :

إن المتتبع للمفاهيم المرتبطة بفعل التعاطى سوف يلاحظ الآتى :

أ - تعدد المفاهيم المرتبطة بالتعاطى ، ومن هذه المفاهيم : إستخدام المخدرات Drug addiction ، الإعتماد على المخدرات Drug dependence (بشقيه : الإعتماد النفسى psychic dependence والإعتماد العضوى physical dependence والاعتیاد على المخدرات Drug abituation .

ب - أن الكثير من البحوث تستخدم بعض المفاهيم مثل الإدمان والتعاطى والإعتماد وبالتناوب دون الإستقرار على مفهوم واحد طوال عرض البحث .

ج - إن البعض لا يتكلف مشقة أن يوضح ما إذا كانت هناك فعلا فروق بين هذه المفاهيم أو لا ؟

فهل فعلا هناك فروق بين هذه المفاهيم أم أن الأمر مجرد يعكس

(سيولة) فى المفاهيم ؟ وهل كل مفهوم من المفاهيم السابقة

كافة حالات فعل التعاطي ؟ أم أن كل مفهوم له معنى محدد ولا بد أن يكون الباحث واعيا بذلك وقاصدا استخدامه لمفهوم محدد دون مفهوم آخر .
وسوف نشير في عجالة إلى المقصود بكل مفهوم من المفاهيم التي إرتبطت بفعل التعاطي .

١ - إستخدام المخدرات Drug use وهو أبسط صور إستخدام المخدر حيث بإمكان الشخص أن يستخدمه في المناسبات لكن لا يسعى توقا إلى البحث عنه لكن إذا توفر لا مانع من إستخدامه .

٢ - تعاطي المخدرات Drug abuse حيث يسعى الفرد للحصول على المخدر ويسعى إليه إذا ترك الشخص المخدر فقد تصيبه بعض الأضرار من جراء ذلك إلا أنه لا يصل إلى مرحلة الإعتماد بالرغم من أن التعاطي قد يحدث خلافاً في بعض الوظائف الحياتية للمتعاطي .

٣ - إدمان المخدرات Drug addiction حيث الرغبة القهرية الملحة من قبل الشخص في الحصول على المخدر بأية طريقة كانت ، وأن الشخص يجد نفسه مقهورا على الإستخدام المفرط للمخدر ، بل ويعمل على تأمين الحصول عليه / ونزعة قوية للانتكاسة . Blum. 1984 (من خلال راشد بن سعد الباز ١٩٩٩ ، ٤٠)

٤ - الإعتماد على المخدر Drug dependence وهي حالة نفسية وأحيانا تكون عضوية تنتج عن التفاعل بين كائن حي ومادة نفسية ، وتتسم هذه الحالة بصدور استجابات أو سلوكيات تحتوى دائما على عنصر الرغبة القاهرة في أن يتعاطي الكائن مادة نفسية معينة على أساس مستمر أو دوري وذلك بقصد أن يخبر أثارها النفسية وأحيانا لكي يتحاشى المتع المتربة على افتقادها وأحيانا قد يصحبها تحمل أو لا يصحبها ، وقد يعتمد الشخص على مادة واحدة أو أكثر . وتستخدم أحيانا عبارة (زملة أعراض الاعتماد) لوصف مجموعة من الإضطرابات المصاحبة لتعاطي المواد النفسية .

(مصطفى سويف ، ١٩٩٦ ، ١٨ - ٢٠)

٥ - الإعتياد على المخدر Drug llabituatation : حيث إن المعتاد بوسعه الإقلاع عن التعاطي مع بعض العناية ويستطيع بمفرده أو مساعدة (بسيطة) طبية أو نفسية أن يجتاز هذه المرحلة .

ومن وجهة نظرنا أن كل هذه المفاهيم تعبر عن فعل التعاطي وأن الفرق بينهم يكون في الدرجة فالاعتياد والإستخدام يعدان أقل درجة في فعل التعاطي في حين أن

مفهوم التعاطى يمثل درجة أقوى من الإعتياد والإستخدام ، أما مفهومى الإعتماد والإدمان فيمثلان أعلى الدرجات حيث يصبح المخدر هو محور إهتمام وتفكير الفرد ، بل والمحور الذى تدور من خلاله كافة مناشطه وإن كان ذلك يمكن أن نجده مع مفهوم التعاطى المتكرر والكثيف لمادة مخدرة ، وسوف نستخدم فى هذه المراجعة (مفهوم التعاطى) فما هى محاولات تعريف هذا المفهوم ؟!

يعرف فرج أحمد (١٩٧١) التعاطى بأنه : تناول المادة المخدرة من أن لآخر دون الإعتماد عليها والحاجة اليها ، ودون وجود لأعراض انسحابية جسمية كانت أو نفسية ، ودون زيادة فى كمية المادة المخدرة المتعاطاه .

(فرج أحمد ، ١٩٧١ ، ٢٤٣)

إلا أنه يؤخذ على هذا التعريف اقتصاره على تناول العقاقير التى تؤدى إلى الإعتياد فقط وإغفال العقاقير التى تقود إلى الإعتماد Dependence وما يجره ذلك من أعراض انسحابية فى حالة توقف المتعاطى عن التعاطى .

أما مصطفى سويف (١٩٨٨) فيعرف التعاطى بأنه تناول أية مادة من المواد المسببة للإدمان للأعتماد بغير إذن طبي .

(مصطفى سويف ، ١٩٨٨ ، ٨ - ٩)

وواضح إن التعريف قد ركز على تعاطى المواد المخدرة التى تقود الى الإعتماد بشقية البدنى والنفسى ، وهو تعريف قريب من الواقع فى عالم المخدرات ، وفى الحقيقة ومنذ أوائل الستينيات حين أوصت هيئة الصحة العالمية بإسقاط مصطلحى : الإدمان والتعود على أن يحل محلها مصطلح الإعتماد إلا أن مصطلح الإدمان مازال يستخدم حتى الآن ، بيد أننا سنستخدم فى دراستنا هذه مصطلح التعاطى أو المتعاطى والذى يعرف بأنه التعاطى المتكرر لمادة نفسية أو ل مواد نفسية لدرجة أن المتعاطى يكشف عن عجز أو رفض للإنقطاع أو لتعديل تعاطيه وكثيرا ما تظهر عليه الأعراض الانسحابية إذا ما إنقطع عن التعاطى ، بل تصبح حياة المتعاطى تحت سيطرة المادة المخدرة لدرجة استبعاد أى نشاط آخر غير الإهتمام بكيفية الحصول على المخدر ثم تعاطيه وهكذا .. ومن أهم سمات الشخص المتعاطى .

أ - ميل إلى زيادة جرعة المادة المتعاطاة وهو ما يعرف بالتحمل .

ب - إعتماد له مظاهر فيزيولوجية واضحة .

ج - حالة تسمم عابرة أو مزمنة .

د - رغبة قهرية قد ترغم المتعاطي على محاولة الحصول على المادة المخدرة المطلوبة بأيّة وسيلة .

هـ - تأثير مدمر على الفرد والمجتمع .

(مصطفى سويف ، ١٩٩٦ ، ١٧ - ١٨)

ويرى الباحث أن هذا التعريف يحدد المعايير التي تكمن خلف التعاطي ، وكذا أخذه في الاعتبار حلقات التعاطي الثلاث : (المتعاطي - المادة المخدرة - المجتمع) .

وإن كان مصطلح الإدمان Addiction مازال يستخدم حتى الآن في الموسوعات النفسية ، أنظر على سبيل المثال (Mccrady. 1996 . pp. 11 - 13) وبثير المفهوم العديد من الأمور مثل :

- أشكال التعاطي : حيث يرى البعض أن تعاطي الشخص لأي عقار مخدر يمر بأربع مراحل أساسية هي : مرحلة التجريب أو الإكتشاف . ثم مرحلة التعاطي الإجتماعي ، ثم التعاطي المنتظم ، وأخيرا مرحلة الإعتماد على تعاطي العقار المخدر . (روبرت ديبونت ١٩٨٩ ، ٥٧ ٥٥)

في حين نجد البعض يدمج المرحلتين الثالثة والرابعة في مرحلة واحدة على أساس أن الانتظام في التعاطي قد يقود إلى الإعتماد وهذا هو جوهر المشكلة .

(مصطفى سويف ، ٢٠٠٠ ، ٢٠)

وهو ما أكدته كل من (زل اسلوبودي وينكهل . ج . كوزل من أن حالة الإعتماد (أو التعاطي) ليست حالة الكل أو اللاشيء ولكن الإعتماد درجة قصوى على متصل يبدأ بالتعاطي .

(Zili. s & Nicholas. J.K. 1999 p. 63)

- لماذا يستمر بعض الأفراد في التعاطي ؟

هند تتعدد وجهات النظر في هذا الأمر . فيرى قرويد وأنصاره أن تعاطي الأفراد دون بعضهم الآخر - للمخدرات إنما يعود إلى العديد من العوامل أهمها تعرض الشخص لتجارب متعددة من الإحباطات والتي تولد بدورها العديد من الإنفعالات السيئة ، وأن المتعاطي يسقط صرعاته على العقاقير المخدرة كنوع من الدفاع ضد النكوص إلى حالة أكثر ذهانية .

(Breham & Khantzi an. 1992. 106 - 110)

في حين يرى أنصار النظرية السلوكية أن التعلم يلعب دوراً أساسياً في إستمرار

تعاطى الفرد ، وأن الفرد الذى يشعر بحالة من القلق والتوتر . ويتصادف أن يتعاطى كحولاً أو مخدراً ويشعر بعده بالهدوء والسكينة فإنه يميل إلى تكرار مثل هذه الخبرة بل قد يتعلم الشخص أن يسارع إلى تعاطى المادة المخدرة حتى يتخفف من آثار أعراض الانسحاب المؤلمة (15 . 1991 Stderman) فى حين يرى أنصار الاتجاه السلوكى المعرفى Cognitive Behavioural Approach إن القهر يعد مدخلاً أساسياً فى عملية التعاطى لأنه يبنى على عامل التوقعات الناتجة من عملية التعلم وأن الفرد حين يتعاطى مخدراً ما فإنهم غالباً ما يشعر بأنه لا يستطيع التحكم فى سلوكه ، وأن قليلاً من المخدر لن يضر به أو يقوده إلى تدهور قدراته (147 . 1991 Valleman) ولذا فإن المتعاطى لديه منظومة من الأفكار والاعتقادات الخاطئة حول التعاطى والمخدرات وتأثير إنتهاء ولذا لابد من (دحض) هذه الأفكار أو لا ثم (بث) أفكار جديدة فى عقل المتعاطى (الناقّة) حتى يستمر فى التعافى وعدم الإنكاس (Beck, A.T. 1993)

— ولماذا ينتقل الأفراد من تعاطى عقار مخدر إلى عقار مخدر آخر ؟

يتصدى فرج أحمد (١٩٧١) للإجابة عن هذا التساؤل مؤكداً على ضرورة أن نتسلح بالمعرفة الشاملة والعميقة للأسباب والظروف التى تحيط بتعاطى المخدرات وأن من بين الأسباب : الأسباب النفسية وأن ثمة دوافع نفسية متعددة تحفز المتعاطى إلى الإقبال على مخدر ما ، وأنا هنا إزاء تحول فى البناء النفسى . وتغير فى الخواص النفسية تدفع إلى هذا الإنتقال ، اخذين فى الاعتبار أيضاً التأثير المعابر لهذا المخدر الجديد ، والى زيادة حجم ضغوط الواقع التى يتعرض لها المتعاطى مما قد يدفعه إلى البحث عن مخدر ذى تأثير (قوى) يستطيع أن يساعده على مواجهة ذلك الواقع المؤلم المحيط به . إضافة إلى ضرورة الأخذ فى الاعتبار العوامل الاجتماعية ومنها طبيعة العمل الذى يقوم به المتعاطى وما يطرأ على حالته الجسمية والصحية من تغيرات متعددة .

(فرج أحمد ، ١٩٧١ ، ١٠٥ - ١١١)

— ولماذا يختار الأفراد عقاقير مخدرة معينة ؟

إن لجوء الشخص إلى التعاطى لا يتم بصورة عشوائية ، بل يكون محتوم المعنى والدلالة ، وهناك نظريتان تفسران لنا لماذا يختار الشخص عقاراً مخدراً دون غيره ؟

أولاً : نظرية اللطم الاجتماعى الدوائى ؟

حيث يركز أنصار هذه النظرية على فرض العلاج الذاتى Self Medication من خلال تطابق بين التأثير الفارماكولوجى للعقار المخدر وبين حالات الشعور أو الوجدان من جهة ثانية ، وأن تعاطى الشخص المخدر ما سوف يقود إلى حالة من التفاعل بين خصائص المادة المخدرة وخصائص شخصية الفرد المتعاطى ، أخذين بعين الاعتبار العديد من العوامل المساعدة على إستمرار التعاطى مثل : تأثير الأقران ، أدوات التعاطى ، وفرة المخدر .

(محمود رشاد ، ١٩٩٧ ، ٥٨ - ٦٥)

ويلاحظ أن أنصار هذا الإتجاه قد ركزوا على خصائص العقار وخصائص شخصية المتعاطى متغافلين عن ذكر دور العوامل البيئية والاجتماعية ومدى توافر أو عدم توافر العقار المخدر فى محيط البيئة التى يعيش فى سياقها الفرد .

ثانيا : نظرية النمط الأكلينيكي النفسى :

حيث يرى أنصار هذا الإتجاه بوجود علاقة بين التعاطى ووجود إضطرابات شخصية سواء فى صورة كامنة أو فى صورة واضحة العلامات والأعراض ، ولذا فإن التعاطى للمواد المخدرة إنما يعد جزءاً من مجموعة الأعراض والإضطرابات النفسية والسلوكية المتواجدة لدى فئات من الشخصيات المضطربة ، وإن مثل هذه الشخصيات (بنفس هذا البناء النفسى المضطرب) إن لم تجد المخدر (لاخترعته) ، وإن نسبة كبيرة من المتعاطين يندرجون تحت مسمى : التشخيص المزدوج ، حيث يكون الشخص لديه مشكلة تعاطى متداخلة مع إضطراب نفسى - أو أكثر من إضطراب آخر (310 . 293 . 1993 Bell Stephen,a et al) (9 , Winter 1991) ونرى أنه لا يوجد تناقض بين الإتجاه العلاج الذاتى والإتجاه الكلينيكى ، وأنه فى الحالتين يعانى المتعاطى من العديد من الأعراض والصعوبات النفسية مما قد يجره ذلك التعاطى خلاصاً من المعاناة .

وقد أكد كل ما سبق وجود علاقة بين البناء النفسى للمتعاظى وطبيعة العقار المخدر الذى يفضلهُ ، وأن ذلك إنما يرتبط بالعديد من الإحتياجات اللازمة للبناء النفسى للمتعاظى . t. wilson. 1999 p. 45-52 (وأنظر كذلك ماهر نجيب ١٩٩٠) .

وإن العديد من الدراسات التى تناولت مدمنى عقار مخدر ما ، مركزة على الخصائص النفسية للشخص المتعاظى والإحتياجات التى يشعها هذا المخدر قد كشفت عن العديد من الحقائق :

١ - وجود فروق في البناء النفسى بين المتعاطين لعقار مخدر ما ، وبين المتعاطين لعقار آخر .

٢ - أن هذه الفروق كمية وليست كيفية .

٣ - وجود ٠ مقام مشترك) كما يذكر مصطفى سويف (١٩٩٦) بين جميع المدمنين مثل سمات : الإكتئاب / مشاعر الذنب / الخجل / الشعور بفقدان القيمة / الإحساس بالنعدام الدور / زيادة الأنطوائية / الانحراف السيکوتى / مخاوف مرضية / سلوك قهر مع ميل إلى الخضوع .

٤ - أن هذه الأمور يجب أن تكون واضحة حين نتعامل مع هؤلاء المتعاطين في المراحل المختلفة للعلاج والتأهيل (بمراحله المختلفة) .

٥ - وأن تعلق الشخص بالمخدر إنما يجد صدى وقبولاً في بنائه النفسى ثم يتأكد حين (يخلص) الشخص لمخدره المفضل لأنه يشبع لديه إحتياجات نفسية معينة ، فإذا لم يوجد فى المخدر هذان الشرطان (الإتفاق مع البناء النفسى + إشباع الإحتياجات) فإنه يرفضه بدليل أن الدارسين للإدمان وقضاياهم المتعددة يؤكدون على ضرورة التفرقة والتمييز بين مستويات ثلاث لتعاطى وهى :

- التعاطى الإستكشافى / الإستطلاعى .

- التعاطى فى المناسبات .

- التعاطى المتصل أو المستمر (وهذا هو لب وجوهر الإدمان) .

(مصطفى سويف ، ٢٠٠١ ، ٢٠)

ثالثاً : مفهوم المخدرات Drugs

بداية يشير مصطفى سويف (١٩٩٦) أن مصطلح المخدرات يشير إلى معانٍ متعددة ومتداخلة بدرجة تدخل الغموض والإبهام أحياناً على تامقصود منه إلى هذا المعنى أو ذاك ، ولذلك يتحرج كثير من أهل الإختصاص الآن فى إستخدامه إلا فى أضيق الحدود .

(مصطفى سويف ، ١٩٩٦ ، ١٦٢)

وتعرف المخدرات بإنها أى مواد مخدرة يتعاطاها بصورة منتظمة وتقود إلى العديد من المشكلات الصحية والنفسية والجسمية والاجتماعية لما تحدثه من تأثير شديد

على وظائف الجهاز العصبي المركزي ، ولما تحدثه من الإضطرابات في الإدراك أو المزاج أو التقيد أو السلوك .

(مصطفى سويف وآخرين ١٩٩١ ، ص ١٣)

وترى أن هذا التعريف هو الأقرب إلى الواقع وإن كنا نرى أن تأثير المخدرات قد يحدث كل ما سبق من حيث تدهور في الإدراك والمزاج والتفكير وكل ذلك إنما ينعكس على سلوك الشخص المتعاطي ، فضلاً عن ظاهرة تعاطي المخدرات وتأثيراتها المختلفة قد طرحت مسألة الاختلافات في تحديد أو تصنيف المخدرات إلا أنذار يمكننا حصر المتغيرات التي قادت إلى هذه الاختلافات في :

* نوع المخدر ودرجة تخديره وطبيعته من حيث التهدئة والتسكين أو التنبيه .

* علاقة المخدر وآثاره المختلفة .

* علاقة المخدر بدرجة الإعتياد أو الإعتياد .

* طريقة تعاطي المخدر .

* طبيعة التكوين الفردي من الناحية الحسية والنفسية وعلاقتها بالإستجابة للمخدر .

(سعد المغربي ، ١٩٨٦ ، ٤٣ - ٧٦)

— العلاقة بين إنتشار مخدر ما وحضارة معينة :

ثبتت العديد من الدراسات التي تناولت إنتشار مخدر ما في ثقافة ما بحيث يصبح هو المخدر المفضل في هذه الثقافة ، أن هذا الإنتشار لا يتم مصادفة بل محتوم بالعديد من الدلالات والمعاني ، وأن إختيار المخدر (المعنى بالأمر) يعتمد على التفاصيل بين المعنى المزاجي الخاص والأثر الفيزيائي للمخدر ، وأنه يجد قبولا في بنية الشخص النفسية طوال مراحل تطوره أو أثناءه (Wiederh. K., Kaplan. E. 1969. 399)

المخدرات وفقا لتعدد الدوافع والأمزجة التي تجد صدى وقبولا وراحة في

تعاطي مخدر ما . وقد يسيء أو لا يسيء الشخص التعاطي .

(Robert. I. P. & Valerie L. J. 1999 pp. 119 - 148)

وقد يسيء الشخص في تعاطيه لمخدر ما وقد لا يسيء بناء على مدى إشباع المخدر لحاجاته

النفسية ، مع العلم بأن أنواع المخدرات تتعدد وفقا لطبيعة البيئة الحضارية التي يعيش فيها الشخص (أنظر على سبيل المثال)

- (Codern, H. , 1973, pp. 1 - 16)
(Girden. J. F & Watter . A, C, 1992, 357 - 370)
(Bagnall. G. 1988 , 241 - 251)
(Barr, H. & Cohen. A, 1987 6,252 - 541)
(Beeker, U. et al. 1989, 75 - 82)
(Chapman L & Huggerns, L, 1988, I, 67 - 81)

(فتحي عيد ١٩٨٧ ، ١٤)

(Soueif et al. 1980) وأنظر كذلك :

(مصطفى زيور ، ١٩٨٦)

المحكات التشخيصية للأعتماد على المواد والمؤثرات نفسيا طبقا للدليل التشخيصي والإحصائي الرابع : (*)

تحدد الرابطة الأمريكية للطب النفسي عام ١٩٩٤ أنواع معينة من المحكات يجب توافرها لكي يتم إستيفاء غرض تشخيص اضطرابات التعاطي والإدمان وهي :

- * تحديد هوية المادة أو المواد المستخدمة .
- * تاريخ إستخدام هذه المادة أو المواد .
- * تاريخ إستخدام المادة في حالة الطوارئ والعلاج .
- * مدى حدوث اضطراب معرفي (إختلال وتشوش زماني أو مكاني ، إختلال الإنتباه ... الخ .
- * مدى وجود اضطرابات فسيولوجية ترتبت على التعاطي مثل (زيادة سرعة ضربات القلب ، زيادة الضغط ، إنخفاض الضغط .. الخ) .
- * مدى وجود اضطرابات عصبية (مثل عدم التوازن ، نوبات صرعية .. الخ) .
- * التهيج أو التأخر النفسي الحركي .
- * مدى حدوث تغيرات في الإدراك والإنتباه والتفكير .
- * مدى حدوث تغيرات في الشخصية والمزاج .
- * الفحوص التي تجرى للبول ومستويات الدم للكشف عن طبيعة المادة الخدرة

(*) أعتمدنا في كتابة هذا الجزء على كتابنا : الإدمان : أضراره ، نظريات تفسيره ، علاجه (٢٠٠٥) للمؤلف . (دار غريب)

التي تم تعاطيها .

* مدى حدوث إضطرابات في الحياة الأسرية والمهنية (أو الأكاديمية) للشخص المتعاطى .

* مدى حدوث مشكلات قانونية (سجن - أحكام) قد ترتبت على هذا التعاطى .

ويتطلب التشخيص توافر المحكات الآتية :

أ - أن نموذج سوء التكيف لاستخدام المادة المؤثرة نفسيا يؤدي إلى اسى أو كرب دال إكلينيكيًا ، كما يشار إليه بواحد أو أكثر من الخصائص التالية والتي لا بد من أن تحدث في فترة عام (١٢ شهرا) .

١ - الاستخدام ، المتكرر للمادة والذي يؤدي إلى فشل في تحقيق المسؤوليات والواجبات المفروض أن ينهض بها الشخص في نطاق البيئة التي يعيش فيها .

٢ - الاستخدام المتكرر للمادة المؤثرة نفسيا في المواقف التي يكون الإستخدام فيها مضر وخطر (مثل قيادة السيارات أبان عملية التخدير) .

٣ - الاستخدام المتكرر للمادة المؤثرة نفسيا بالرغم من معرفة أن هذا الاستخدام يقود الفرد إلى العديد من المشاكل والأمات سواء أكانت شخصية (تخص الفرد) أو تخص أفراد آخرين .

٤ - تكرار المشاكل القانونية المرتبطة باستخدام المادة المؤثرة نفسيا .

٥ - لا يمكن مطابقة معايير الإعتماد على المادة المؤثرة نفسيا على الإطلاق بالنسبة لهذه المادة (على سبيل المثال - حالات إلقاء القبض على الفرد ، الحوادث المرورية المتعلقة باستخدام مادة العقار أو المخدر ، أو الدخول في (عراك) بدني متعلق باستخدام تلك المادة) .

معايير تشخيص الإعتماد على المواد المخدرة :

إستخدام المواد المخدرة - على الأقل لمدة عام - مع حدوث حالات من الأسى على النفس والكرب Stress من خلال المحكات الآتية :

١ - التحمل أو الإحتمال : ويتحدد من خلال :

أ - الحاجة المتزايدة إلى كميات متزايدة من المسار والمتعاطاه لتحقيق التأثير المباشر والفورى لها .

ب - الشعور بالتأثير الذى لا يجدى بالرغم من الإستمرار فى إستخدام نفس الجرعة لأى إن الجرعة كانت فى البداية تقوم بأداء التأثيرات الفسيولوجية والنفسية المطلوبة ولكن مع إستمرار التعاطى وبنفس كمية المادة أصبح تأثيرها منخفضا .. ولذا يميل الشخص إلى زيادة كمية المادة المتعاطاه) .

٢ - الانسحاب : ويتحدد من خلال :

أ - زملة أعراض الانسحاب المميز للمادة المتعاطاه كما تتحدد من خلال معيار (أ - ب) فى الانسحاب للمواد المؤثرة نفسيا .

ب - تعاطى نفس المادة لتجنب اعراض الانسحاب أو التخلص من تلك الأعراض .

٣ - غالبا ما يتم تعاطى المادة المتعاطاه بكميات كبيرة .

٤ - وجود دافع قوى ورغبة شديدة فى تقليل أو ضبط كمية المخدرات (أو المادة المتعاطاه) إلا أن هذه الرغبة (أو الجهود) تفشل .

٥ - ضياع وقت أكبر فى أنشطة مرتبطة بالمادة المتعاطاه مثل (كيفية تدبير النقود التى سيشتري بها المخدر ، والتاجر .. الخ .

٦ - أحداث شلل (أو توقف فى الأنشطة الإجتماعية أو المهنية أو الترفيهية الهامة مع الآخرين .

٧ - الإصرار على إستخدام المادة المتعاطاه بالرغم من معرفة الفرد المسبقة بأضرار الاستمرار فى التعاطى (سواء أكانت هذه الإضرار فسيولوجية جسمية ، أو نفسية عقلية ، أو إجتماعية أخلاقية) .

ويتحدد الإعتماد وما إذا كان فسيولوجيا أو نفسيا من خلال المعيار (١ + ٢) الإعتماد الفسيولوجى ، بينما لا توجد دليل على الإحتمال أو الانسحاب فى البند ١ + ٢ التسمم :

يتم تشخيص التسمم من خلال المعايير الآتية :

أ - زيادة فى الأعراض الناتجة عن تعاطى مادة مؤثرة نفسيا وبصورة نوعية (تعاطى أكثر من مادة مخدرة يعود بالطبع إلى زيادة الأعراض الناتجة بل وتشابكها) .

ب - تعود التغييرات النفسية أو السلوكية الداله على سوء التكيف إلى تأثير

المادة على الجهاز العصبي المركزي ، وتحدث هذه التغيرات السلبية بالطبع) بعد فترة وجيزة من إستخدام المادة النفسية .

ج - لا ترجع تلك الأعراض إلى حالة طبية عامة (تعاطى مواد نفسية ، أو نتيجة الإصابه بإضطراب عقلي آخر .
الانسحاب:

ويتم تشخيصه وفقا لتوافر المعايير الآتية :

- أ - زيادة زملة الأعراض الخاصة بالمادة التي يتعاطاها الفرد يعقبها التوقف أو تقليل الجرعة من المادة المتعاطاه والتي أعتاد الشخص أن يتعاطاها بانتظام .
- ب - تحدث هذه الزملة من الأعراض كريبا دالا في حياة الفرد من خلال حدوث (شلل) أو توقف في حياة الفرد الإجتماعية أو المهنية أو أى إنشظة أخرى .
- ج - إن هذه الأعراض لا ترجع إلى حالة طبية عامة أو إضطراب عقلي آخر .

(APA. , 1994)

هل إدمان النيكوتين (التدخين) يدخل ضمن باب الإدمان أم لا ؟

يثير البعض قضية أن تعاطى السجاير (أو الشيشة) لا يدخل في باب الإدمان أو معى حيل دفاعية معروفة في مجال السلوك الإنساني . لكن الحقيقة التي يجب أن نقدمها في هذا الصدد هي :

أ - يوجد ما يسمى بالإضطرابات المتعلقة بالنيكوتين Nicotine - Related Disorders .

ب - أن هذا الإضطراب وفقا للتصنيف الرابع 1994 , DSM IV للرابطة الأمريكية للطب النفسي يتحدد في :

أ - إضطراب إستخدام التيكوتين :

- الإعتماد على النيكوتين .

ب - الإضطراب الناجم عن النيكوتين :

- انسحاب النيكوتين .

ج - إضطراب متعلق بالنيكوتين غير مصنف في مكان آخر .

إنسحاب النيكوتين : Nicotine withdrawal

- ١ - استخدام يومي للنيكوتين لعدة أسابيع على الأقل .
- ٢ - ظهور (٤) علامات أو أكثر من العلامات الآتية (بعد ٢٤ ساعة) من التوقف عن استخدام النيكوتين أو تقليل الكمية التي اعتاد الفرد أن يتعاطاها وباستمرار .

العلامات هي :

- أ - المزاج المنقبض أو الإكتئابى .
 - ب - الأرق .
 - ج - سرعة الإستشاره والإحباط أو التعصب .
 - د - القلق .
 - هـ - صعوبة التركيز .
 - و - عدم الإستقرار .
 - ز - انخفاض خفقان القلب .
 - ح - زيادة الشهية للطعام مع ما يترتب عليه من زيادة الوزن
- ٣ - إن الأعراض السابقة فى المحك (٢) تتسبب فى إضطراب أو خلل ذى مغزى اكلينيكي فى الأداء الإجتماعى والمهنى أو غيرها من مجالات الحياة الهامة .
 - ٤ - إن هذه الأعراض لا تكون نتيجة أى حالة مرضية أو طبية عامة أو أى إصابة بإضطراب عقلى آخر .

(APA., 1994)

الإضطرابات التى تحدثها المخدرات والكحوليات : تقسم إلى :

- ١ - إضطرابات استخدام المواد المخدرة .
Substance Use disorder
مثل الإعتماـد على المخـدر والعقار أو إساءة إستخدام المخـدر أو العقار .
- ٢ - إضطرابات تحدثها المواد المخدرة .
Substance induced disorder

مثل التسمم أو الثمالة بالمخدر ، وإنسحاب العقار أو الضلالات وفقد الذاكرة أو الإضطرابات الذهانية ، وإضطراب المزاج والقلق . والإضطرابات الجنسية الوظيفية وإضطرابات النوم (وغيرها من الإضطرابات التى تترتب على استخدام المادة المخدرة .

المواد المخدرة :

فأما عن المخدرات فتاريخ الإنسان معها قديم ، ولعل نبات الحشيش Hash ish يعد أكثر أنواع المخدرات إنتشارا في دول الشرق الأوسط ويعرف بأسماء متعددة (هاني عرموش ، ١٩٩٣ ، ٩٢) . وقد إرتبط الحشيش ببعض المذاهب المتطرفة وذلك لأن كلمة « الحشاشين » قد أطلقت في الأصل على طائفة من الإسماعيلية عاشت مع زعيمها « حسن بن صباح » حيث كان يوحى إليهم وهم تحت تأثير المخدر بإغتيال خصومه .

(عادل الدمرداش ، ١٩٨٢ ، ٢١٠)

إلا أن الاستخدام الطبي للحشيش وفي أماكن متعددة من العالم لم يختلف عليه المؤرخون وكان الاستخدام في مصر قد تعرض للمد والجذر .

(مصطفى سويف ، ١٩٩٦ ، ٣٨ : ٤٤)

وبرغم من أن هذا المخدر من أقدم المخدرات التي أكتشفها الإنسان واستخدمها لفترات طويلة إلا أنه لم ينتبه إلا مؤخرا إلى أضراره المتعددة (Lesler Grinspoon 1992. pp. 236 - 240 & Jamesd B. 1992. pp. 236 - 240 ، بالرغم من أنه منتشر في أماكن كثيرة في العالم طبقا لتقرير لجنة المخدرات بالمجلس الإقتصادي والإجتماعي التابع للأمم المتحدة .

(أحمد علي ريان ، ١٩٨٤ ، ١٩٠)

كما تتعدد طرق تعاطي الحشيش ويرجع إختيار الطريقة إلى عوامل متعددة خاصة بالفرد ومكانته الإجتماعية .

(سلوى سليم ، ١٩٨٩ ، ٤٠)

وكذا عرف نبات الخشخاش (الأفيون) Opium منذ القدم ولازال حتى الآن وعند كثير من الشعوب يستخدم في الطب الشعبي كعلاج لكثير من الأمراض ، هذا فضلا عن التعاطي لأغراض الكيف وتحقيق الشعور بالنشوة والراحة وتخمل العمل والنشاط الناتج عن حالة الاعتماد الفسيولوجي على المخدر يسبب الإدمان .

(سعد المغربي . ١٩٨٦ ، ١٢ - ١٣)

ورغم وجود قوانين تمنع زراعته إلا أن زراعته وإنتاجه يتم بحيل وطرق متعددة .

(عز الدين الدنشارى وآخرون ، ١٩٨٨ ، ١٣ - ١٤)

ولعل أهم الفصول فى تاريخ الأفيون هو التمكن من عزل العنصر الفعال فى الأفيون وهو المورفين ، إضافة إلى إمكانية تخليق الهيروين معمليا .

(مصطفى سيف ، ١٩٩٦ ، ٣٨)

ونبات الكوكا Coca - أيضا - يعد من المخدرات الطبيعية والتي عرفها الإنسان منذ القدم ، كما ارتبط إنتشاره بالطقوس الدينية فى ذلك الوقت البعيد إلا أنه قد جاءت مرحلة زمنية أخرى قد تغيرت هذه النظرية وعد مصنع الكوكا عملا مشينا وتدنيسا للمقدسات ، كما يحدثنا التاريخ الأسباب كانوا يعطون أوراق الكوكا الخضراء (كعملة) معترف بها إبان فترة الإستعمار الأسباني (Marks. Gold , 1992, pp, 205 - 209) والقات Khat يعد من المخدرات الطبيعية ، وهو شجرة دائمة الخضرة ، وله أسماء مختلفة فى البلدان التى تستخدمه .

(عبد الله عسكر ، كمال أبو شهده ، ١٩٩٣ ، ٥٢٦)

ولعل المادة المخدرة فى هذا النبات هى ، القاتين ، وهو العنصر الفعال فى أوراق نبات القات ، إذ يشعر المتعاطى بالتيقظ ، وتحمل الجوع والإحساس بالعظمة ثم تصيبه خالة من الغيبوبة يظل فيها عاجزا عن مزاوله أى عمل حتى يحين موعد تعاطيه للجرعة التالية .. وهكذا .

(غريب سيد أحمد ، ١٩٨٥ ، ٣)

كما أن هناك طقوسا يلزم بها أهل اليمن فى تعاطى القات تسمى مجالس القات ، حيث يضعون أوراق القات فى الفم ويقومون بمضغها ببطء شديد ويطلق على هذه الظاهرة أسم التخزين (Luqmanw & Donansk. 1976, pp. 246) . ولذا فإن العديد من بعض المجتمعات الشرقية تعد القات مادة منبهة مثل البن والشاي إلا أن الكثير منها تستخدم عقابا صارما لماضغ القات (Taha Baashers . 1981, p. 239) كما أن أهل مصر لا يستخدمون القات كما أوضح ذلك التقرير التمهيدى للجنة المستشارين العلميين (لجنة المستشارين العلميين . ١٩٩١ ، ٣٩ - ٩٢) .

أما عن المخدرات الصناعية فهى أكثر خطورة على الأفراد وفتكا من المخدرات الطبيعية ومنها مخدر الهيروين Heroin ، والذي يعد من المخدرات الأكثر خطورة وله تاريخ طويل من الإستخدام فى الولايات المتحدة الأمريكية . (Jeromeg Platt, 1988. pp. 3 - 34 , V. I) وهو أحد مشتقات الأفيون وأقوى من المورفين خمس مرات ، كما

أن سيطرته على المتعاطي سريعة .

(عادل صادق ، ١٩٨٦ ، ٦٠)

ولعل لهذا المخدر وظيفة حيوية هي قدرته على إزالة القلق والشعور بالنشاط وفي الميدان الطبى تستخدم هذه المخدرات لقتل الآلام (بيترلورى ، ١٩٩٠ ، ٢٧) وقد تزايد الإقبال على إدمان الهيروين بصورة مفرغة فى عديد من دول العالم (سلوى سليم ، ١٩٨٩ ، ٦٠) ، ولذا فقد نظر إلى الهيروين على أساس أنه « مصدر الشرور بالمجتمع الحديث .

(روى روبرتسون ، ١٩٨٩ ، ٤٢)

أما المخدرات التخليقية ، فقد صنفها هيئة الصحة العالمية عام ١٩٧٣ إلى ثلاثة أنواع هي : عقاقير توءى إلى التنبيه الشديد للجهاز العصبى وهى تسمى بالعقاقير المنبهة ، وأخرى تؤدى إلى الهدوء والهبوط وتسمى بالعقاقير المهدئة ، وعقاقير تؤدى إلى الإدراك والإنفعال والتفكير وسرعة الحركة وتسمى بعقاقير الهلوسة (J. Thamas Ungerleider & Robertpechnick, 1992. 288 - 290 ولعل من أشهر العقاقير المنشطة الإمفيتامينات (Geotger. K.& E. Ellinwood.1992. pp. 247 - 251 ، أما العقاقير المهدئة - المنومة Depressants فتتنقسم إلى عدة أنواع أشهرها مضادات الإكتئاب .

(عادل دمرdash ، ١٩٨٢ ، ١٤٢ - ١٤٤)

أما النوع الثالث فمن أشهر الأنواع عقار الهلوسة L. S. D. ، وقد شاع استخدام هذا العقار فى الستينات بين جماعات الهيبز ، وبعض الفنانين والكتاب فى أوربا . (Dothye. D. 1989. pp. 55 - 65) .

أما الخمر فقد استخدمها الإنسان منذ آلاف السنين كدواء ومسكن للألم وأيضاً فى ممارسة الطقوس الوثنية القديمة ، كما جاء ذكرها فى عدة حضارات قديمة .

(عادل دمرdash ، ١٩٨٢ ، ٨)

كما أن هناك دراسات عديدة تتحدث عن دور الكحوليات فى حياة المجتمعات .

(مصطفى سيف ١٩٩٦ ، ٣٥) .

ويعد من أكثر أنواع الإدمان إنتشاراً فى الولايات المتحدة الأمريكية ، خاصة بين الطبقات الإجتماعية العليا والتي ترى أن تعاطي الكحوليات جزءاً أساسياً من الحياة الإجتماعية

(روبرت . ل . ديوننت ١٩٨٢ ، ١٢٧)

ولذا يسود اعتقاد بأن تعاطى الكحول مثله مثل الإتجاه نحو لعب التنس
(The drinking Jame)

ولذا فإن إستخدام المواد المخدرة والمغيرة للحالة النفسية تعد من أخطر المشاكل
التي تواجه الأفراد والحكومات (Yishiaj Almog et et, 1993 p 220) كما يتزايد
عدد مدمني الكحوليات بالرغم من التحذيرات الكثيرة التي يطلقها العلماء حول أضرار
الكحوليات وحملات التوعية المختلفة (Donaldw. J. 1992 p 199)

أما المواد الطيارة (Volatile Suds Tances) فهي مجموعة أدرجتها هيئة
الصحة العالمية مع المواد التي تسبب الإدمان عام ١٩٧٣ . ولعل ما لفت الأنظار إلى
إدمان هذه المواد هو إنتشارها بين قطاعات واسعة من الشباب وتحديدًا طلاب المدارس
خاصة المراهقين منهم (Cherlesw S. neki . L. Berg. 1992, pp. : 303 - 305)
(ناصر ثابت ، ١٩٨٤ ، ١٧) و (Khalidak Umran et. el . 1993. p. 520 - 524)

والمواد الطيارة من المواد المخدرة والتي عرفت منذ القدم حيث كان الإنسان
القديم يلجأ إلى استخدام بعض المواد ذات الروائح والأبخرة النفاذة كوسيلة إلى تغيير
الحالة النفسية في إطار طقوس تقام لأغراض سحرية أو دينية (Sharp. C. W. &
(Kormn. M. 1981. pp. 233 - 255) ولكن البدايات عرفها المجتمع الإنساني
الحديث للمواد الطيارة قد بدأت مع ظهور ما عرف باسم الغاز المضحك
Nitousoxide والذي عرف في السويد منذ وقت مبكر.

(مصطفى سويف ، ١٩٩٦ ، ٦٠ - ٦١)

أضرار المواد المخدرة :

إذا إنتقلنا للحديث عن إضرار المواد المخدرة فنجد أن لها العديد من الأضرار
فإذا أشرنا إلى الأضرار الجسمية فنجد أن الحشيش يقود إلى العديد من المشاكل الجسدية
أهمها السرطان - (Jackh Mendelson & Nance. K. Mello. 1991. pp. 184 -
(185 ، وكذا تعاطى الأفيون يقود إلى العديد من المشاكل الصحية .

(سعد المغربي . ١٩٨٤ ، ٣٠ - ٣٧)

أما إدمان الهيروين فيصيب الفرد المدمن بالعديد من الأضرار الجسيمة حيث
أثبتت العديد من الدراسات أن إدمان الهيروين يؤثر على القلب والشريان التاجي
(Ahmen G. Abuasayem et. et. 1989. pp. 38 - 42) ، كما أن استمرار الإدمان
يؤدي إلى التهاب الكبد الفيروسي .

(عز الدين الدنشارى وآخرون ، ١٩٨٩ ، ٦٨ - ٧٢)

إضافة إلى مرضى الـ H. I. V. أو الإيدز (روى روبرتسون ، ١٩٨٩ ، ١٢٢ - ١٢٦) والذي لا ينتج فقط عن العلاقات الجنسية الشاذة بل ينتشر بين المدمنين والذين يقومون بحق أنفسهم ، ناهيك عن أن العديد من الإحصاءات قد أثبتت وجود عدد من الوفيات نتيجة الحقن الزائدة بالجرعة Overduse والذي يقود سريعا إلى الوفاة (Gennato, O. 199. pp. 3 - 4) ، ولعل الموت المفاجئ Suddenddeath أثناء التعاطي نتيجة الحقن الزائد يحدث نتيجة لخمس طرق حددتها وآخرون .
(Louria et et 1995) ومن أهمها الجهل بالكمية التي يتحملها الجسم ، والميل إلى زيادة الجرعة ، فضلا عن عدم استخدام الهيروين النقي (Jerome J. Poure Polatt. 1995. 2. pp 85 - 87)

كما أن المشاكل الصحية التي يحدثها إدمان الخمر كثيرة وخاصة على الكبد وتشحمه ناهيك عن الأضرار الأخرى - (Benjamin G. Lahey . 1980 pp. 463 - 465) وهي غالبا اضرار متصلة ومستمرة .

(نبيل الطويل . ١٩٨٥ . ٧١ - ٧٧)

كما أن إدمان القات يقود إلى العديد من الأضرار الصحية خاصة على الجهاز الهضمي (Yusut H. Khalif B. et el. 1976. pp. 246 - 249) ، إضافة إلى تأثير القلب ومعدل التنفس وضغط الدم (Abdullah. S. Elmi. 1983 pp. 153 - 154)
(عبد الله عسكر ، كمال أبو شهده ، ١٩٩٣ ، ٥٢٧)

والأضرار الجسمية / الصحية لمدمني إستنشاق الطيارة فكثيرة ومن أهم مضاعفاتها الوفاة الفجائية إضافة لتصدع فى الأبنية والقيم الإجتماعية التقليدية .. بل ومن المحتمل أن العالم سوف يواجه أضرارا خطيرة متعلقة بالمخدرات (Griffitle. & 1980 pp. 24 246)5 Awni, Afif (eds) وهو ما وجده الباحث من خلال أطروحته للماجستير وتحليل البيانات الإحصائية لبعض الجرائم فى مصر إذ وجد أن القتل يتم من أجل السرقة ، والسرقة من أجل الشم .

(محمد حسن غانم ، ١٩٩٠ ، ٢٠٩ - ٢١٠)

وهو نفس ما أكدته دراسة بال وآخرون Ball et al, 1982 من أن ارتفاع معدلات الجريمة جاء مقترنا بالإدمان ، كما جاء الإنخفاض مقترن بالإقلاع عن التعاطي خاصة لدى مدمنى الهيروين (Ball et al, 1983 pp. 119 - 142) إضافة إلى

أن فعل التعاطي وحياسة المخدرات جريمة يعاقب عليها القانون .

(عبد الحكيم عفيفي ، ١٩٨٦ ، ١٦٠)

كما أن الإدمان - خاصة أدمان الهيروين يقود المدمن إلى فعل أى شئ مما يأباه الواقع والدين .

(محمد على البار ، ١٩٨٨ ، ١٩٦٠) ، (هانى عرموش ، ١٩٩٣ ، ٣٦٥ - ٣٧٨)

وهكذا تتكامل حلقات الأضرار . ولقد أوضح (Mary Jeanne Kreelc, 1992) إن مشاكل الإعتماد على المخدرات ليست قاصرة على مخدر دون آخر ، بل أن جميع أنواع المخدرات ضارة ، وتحدث مشاكل طبية Medical Problems وضطرابات نفسية وعقلية قد ذكر في الـ DSM III R والـ DSM IV, 1994 كما أن العديد من المدمنين ينتمون إلى نمط الشخصية المضاد للمجتمع Antisocial Personality Types وهي أنماط من الشخصية تحفل طفولتها بمشاكل سلوكية توافقية تعبر عن العدوان الشديد مع المجتمع (Maty. J. 1992, pp. 997 - 1007)

الشخص المدمن ودينامياته :

فإن إنتقلنا للحديث عن الحلقة الثانية من حلقات الفعل الإدماني (بعد أن تحدثنا عن المواد المخدرة وأضرارها) وأقصد به الشخص المدمن وديناميات شخصيته نجد أن عديداً من الدراسات قد ذهبت إلى القول بوجود سمات نفسية معينة تميز شخصية المدمنين

(بيترلورى ١٩٩٠ ، ٥١) ، (جون ج. تايلور ، ١٩٨٥ ، ١٤٨ - ١٤٩) ، (عبد المجيد منصور ، ١٩٨٦ ، ١١٤) ، (سعد جلال ، ١٩٨٦ ، ٤٥٠) (عادل صادق ، ١٩٨٦ ، ٢٩ - ٣٣) ، (محمد شعلان ، ١٩٧٩ ، ١١٢ - ١١٣)

بل أن عديداً من الأبحاث والدراسات قد طرحت قضية : هل الإدمان وراثى أم سلوك مكتسب ؟ ولقد أتبع دارسو العلاقة بين الوراثة والإدمان مناهج متعددة منها : دراسة الحيوانات في المختبر ، ودراسات التوائم ، ودراسات التبني ، وطريقة العلاقة بين الإدمان والأمراض الوراثية ، ورغم تضارب النتائج في بعض الدراسات إلا أنه - على سبيل المثال - قد ذكر نورمان ميلر ومارك جولد (١٩٩١) أن الدراسات التي أجريت على أطفال أسر المدمنين في كل من شمال أمريكا وغرب أوروبا قد أوضحت أن الأطفال الذين ينتمون إلى آباء مدمنين للكحوليات يشيع بينهم الإدمان (Not. mans Miller & Matks gild, 1991 p. 31) وكذا وجدت دراسات حديثة أن

الأبناء الذين ينحدرون من آباء مدمنين للكحوليات يزيد معدل إنتشار الإدمان بينهم على نحو أربعة أمثال معدله بين الأبناء الذين ينحدرون من آباء غير مدمنين ، وذلك رغم التنشئة فى بيئات التنبى حيث لا يوجد إدمان (Anthenelli & Schuckitm A, 1992, pp. 39 - 50)

النظريات التى فسرت ظاهرة الإدمان :

هناك عديد من النظريات التى فسرت ظاهرة الإدمان ومنها رأى المحللين النفسيين ، والصيغة العامة لنظرية التحليل النفسى فى تفسير السلوك المرضى تجرى كالاتى : ، إحباط لا يقوى الراشد على مواجهته آثاره النفسية بحل واقعى مناسب سواء أكان ذلك نتيجة لضخامة الإحباط ، أو لاستعداد نشوئى قوامه عدم القدرة على احتمال الإحباط والأغلب أن يكون ذلك مزيجاً من العاملين معاً . وتؤدى نتائج الإحباط الصدمى للنفس الى توتر يؤدى بدوره إلى النكوص إلى أنماط من السلوك تميز مراحل الطفولة خلاصاً من الموقف المحيط .. وإذا تساءلنا عن المرحلة التى ينتمى إليها سلوك متعاطى المخدرات فهى مرحلة مجاورة للمرحلة التى ينتمى إليها المرضى بذهان ، الهوس والإكتئاب ، أى المرحلة الفمية المتأخرة ،

(مصطفى زيور ، ١٩٨٢ ، ١٩٤ - ١٩٥)

ولذا فإن المدمن هو شخص محبط ومكتئب ، ويتميز بالعجز والسلبية تجاه العالم .

(أحمد فائق ، ١٩٨٢ ، ٤٢٠)

كما أكد تشارلز ونيك (Charles Winick , 1980) أن مدمنى المخدرات بصفة عامة يميلون إلى التبرير Rationalisation لتعاطيهم ، إضافة إلى عدم تحديد الأدوار الجنسية بين الذكور والإناث والإحساس بفقدان الدور الفعال فى صنع ما يجرى داخل المجتمع (Charles W. 1980 , p . 22) ولذا فإن الإدمان ما هو إلا عملية هروبية تعنى تدمير جانب من الموضوعات ، وجانب من المشاعر ومن الآن الذى يحيى هذه المشاعر أى تزوير الواقع النفسى وإكراهه .

(فرج أحمد ، ١٩٦٤ - ٤٢٢)

كما أجمل سعد المغربى عدداً من السمات التى تميز الصورة العامة للمدمنين فى ضوء نظرية التحليل النفسى (سعد المغربى ، ١٩٨٤ ، ٤١٩ - ٤٢١) كما أن هناك عديداً من الدراسات التى أيدت وجود سمات تميز شخصية المدمنين ، فقد

أجرى هوفمان Hoffmann, II عدداً من البحوث على نزلاء مستشفى ولاية مينسوتا بالولايات المتحدة الأمريكية وهم من مدمني الخمر ، ووجد أن إدمان الخمر يرتبط لدى المدمنين بعدد من الخصال الشخصية غير السوية مثل : الإكتئاب ومشاعر الذنب ، والخجل من الذات ، والشعور بفقدان القيمة ، وانعدام الدور ، إضافة إلى الاعتماد على الآخرين ، والسلبية ، وإنخفاض سمات الاستقلال والسيطرة على النفس وتحمل الآلام (Hoffmann, H. 1970 (App. 23 - 26 (Hoffmann, H. 1970 (B0 pp. 166 - 171)

كما وجد هوفمان أيضاً أن تقدم العمر يؤدي إلى تدهور في عديد من سمات الشخصية مثل زيادة الإنطوائية عن الآخرين ، وتدهور درجات الذكاء ، ونقص القدرة الجنسية الغيرية ، والانحراف السيكوباتي والسيكاسنيا والمخاوف المرضية والسلوك القهري مع ميل إلى الخضوع (Hoffman , H. & Nelson. J. 1971. pp. 559 - 562 (Hoffman , H. & Nelson. J. 1971(A) pp: 134 - 146)

فإذا تناولنا رأى علماء النفس السلوكيين في تفسير ظاهرة الإدمان فإنهم يرون أن الإدمان عملية متعلمة ، وأن البيئة التي يتواجد فيها الفرد لها دور فعال ، إلا أنهم يرون أن هناك عدداً من الأفراد ممن يتعرضون للمخدرات في بيئتهم لكنهم لا يتعلمون الإدمان .

(سعد جلال ، ١٩٨٦ ، ٤٥٢) ، (عادل دمرdash ، ١٩٨٢ ، ٤٦ ، ٤٧ :) ، (بيترلورى ، ١٩٩٠ ، ٥٩)

كما أن هناك عدداً من الأسباب المهيطة للإدمان مثل توافر المخدر وسهولة الحصول عليه ، وضغط الرفاق إضافة إلى عدم توفر النموذج والقوة في بيئة المدمن والمعاناة من القلق والظروف المعيشية الضاغطة .

(عبد العزيز بن عبد الله الدخيل ، ١٩٩٠ ، ١٠٩ - ١١٦)

أما رأى علماء الاجتماع في تفسير ظاهرة الأدمان فإنهم يرجعون الإدمان إلى طبيعة ومشاكل المجتمع الذي يتواجد فيه الفرد ، إلا أن هناك ظواهر عامة تسود المجتمع ككل خاصة السلوك المنحرف مثل الإجرام والإدمان والبغاء وغيرها .

(عبد الحكيم العفيفي ، ١٩٨٦ ، ٦٣ - ٦٤)

ولذا فقد حظيت الأسرة بالعديد من الدراسات مثل دراسة د.ج. هنت (D. G. Hunt 1975) ، والذي تناول العلاقة بين الآباء والأبناء وطبيعة المناخ الأسري وقد

وجد أن البيئات الأسرية الفوضوية والديكتاتورية يسود فيها التعاطى كرد فعل لهذه العلاقة غير السوية ، بينما يكاد ينعدم التعاطى فى العلاقات التى يسودها جو من الألفة وتبادل الرأى بين الآباء وأبنائهم (D.G. Humt, 1975 pp: 267 - 285) وهى نفس النتيجة التى أكد عليها هاندلبى ومارشر (١٩٨٧) من حيث أهمية دور الأسرة فى دفع الأبناء من عدمه إلى سلوك التعاطى أو الإنحراف ، وكذا الأقران وتأثيرهم فى التعاطى من عدمه - 151 pp . 1982 (Nanelledy , J. D. & Melcer G. W.) (164 وإمتداداً لتأكيد دور الأسرة كشفت دراسة ولسون (Wilson 1980) عن وجود عديد من العوامل التى تقود المراهقين إلى تعاطى المخدرات مثل غياب دور الوالدين فى الإشراف والتوجيه أو الإهتمام بسلوك أبنائهم ، وأن تجاهل الآباء لسلوك الأبناء .. أين كانوا .. ومتى يعودون .. ولماذا يتأخرون .. كل ذلك يمثل الأرضية الخصية للإنحراف والإدمان (Wellson H. 1980 pp. 203 - 235) كما أكد موريس (Morris 1983) على الدور الذى يلعبه غياب الوالدين أو أحدهما فى تعاطى المخدرات ، حيث أجرى دراسة مقارنة بين الأسرة المفككة (أو المتصدعة) ، والأسرة ذات البنين المتماسك (غير المتصدعة) وقد وجد سيادة سلوكيات التعاطى والإنحراف لدى أبناء الأسرة المتصدعة وقد عزا ذلك إلى غياب مشاعر الأمن والحب والطمأنينة والتوصل الإنسانى Human Comunaction وسيادة مشاعر الحرمان (Earl W., Morris, 1983 pp. 1 - 2) وهى نفس النتيجة التى توصل إليها مصطفى سويف وزملاؤه (١٩٩٥) فى دراستهم عن تعاطى المواد المؤثرة فى الأعصاب بين طلاب الجامعات

(مصطفى سويف وآخرون ، ١٩٩٠ ، ٤٤٣ - ٤٤٤)

كما أن المناخ غير السوى إنما يوحى للفرد بأنه منبوذ ومرفوض من قبل أسرته ، وأن هذا الشعور فى حد ذاته يرتبط إرتباطاً إيجابياً بتعاطى الماريجون كما وجد كابن وآخرون فى دراستهم (Kaplan et al , 1984 , pp. 270 - 189) كما أن العلاقات المخللة مع الأسرة وانعدام أساليب التكيف إنما يؤكد بصورة قاطعة الإتجاه نحو التعاطى (Laux & Evns, 1992 pp. 193 - 202) ، كما أن هناك العديد من النظريات الإجتماعية التى فسرت السلوك الإجرامى مستندين إلى نظرية التقليد نتارد ، ونظرية الإختلاط التفاضلى لسندرلاند ، حيث إن النظريتين قد أوضحت بعض العوامل ذات الإرتباط بتعاطى المخدرات .

(سليمان بن قاسم الفالح ، ١٤٠٩ هـ ، ٦٥ - ٦٧)

أما تفسيرات علماء الفسيولوجيا للإدمان فيرى أنصارها إن المدمن إنما يقع ضحية للتأثيرات الفسيولوجية التي يحدثها العقار في جسمه حيث يجد نفسه مضطرا للتعاطى .

(عبد الوهاب محمد كامل ، ١٩٩١ ، ٢٧٦ ، - ٢٨٠)

كما يفسر (جيللينيك (١٩٦٠) إدمان الخمر من الناحية الفسيولوجية على أساس أن العوامل الحضارية هي المسببة لبداية عادة الشرب ومع الاستمرار في التعاطى قد يجد الفرد صعوبة في التوقف .

(عبد المجيد منصور ، ١٩٨٦ ، ٨٢ ، - ٨٥)

ولعل هذا يفسر لنا إستمرار المدمن في ارتكاب الجرائم ليستمر في إدمانه .

(جون ج . تايلور ، ١٩٨٥ ، ١٥١)

وتعد التفسيرات البيولوجية هي الخطوة المكملة للبحوث التي أجريت في مجال وراثية السلوك الإدمانى ، حيث أن التغيرات البيولوجية قد نهضت لتوضيح الكيفية التي يتم الوراثة وخاصة في مجال إدمان الكحوليات .

(مصطفى سويف ، ١٩٩٦ ، ٧٠)

وهو ما أكدته دراسة Robettelal عام ١٩٩٢ من خلال التأكيد على العامل الوراثى والتأثيرات البيولوجية للتعاطى (Robert , M. et al, 1992 pp. 39 - 48) . ونتفق مع مصطفى سويف (١٩٩٦) في أن مثل هذه الدراسات قد أجريت بالفعل على إدمان الكحوليات وتعميم نتائجها على إدمان سائر المواد المخدرة الأخرى ، رغم ما ينطوى عليه هذا التعميم من احتمالات الخطأ .

(مصطفى سويف ، ١٩٩٦ ، ٦٧)

ولعل مشكلة إدمان الكحوليات وإستفحالها في المجتمعات الغربية يحتم إجراء عديد من الدراسات حول مدمنى الكحوليات لدرجة تخصيص مجلة لنشر نتائج بحوث إدمان الكحوليات والمخدرات Journal of Aleonol and Drug .

أما عن التفسيرات البيولوجية للإدمان فتنهض على أساس أن مخ الإنسان يحتوى على مواد كيميائية تقوم بنقل الإشارات المنبهة من خلية إلى خلية أخرى ، كما أن هناك ثلاث نظريات تفسر الإدمان من خلال المنظور البيولوجى .

(عادل دمرdash ، ١٩٨٢ ، ٤٩ - ٥٠ ؛ هانى عرموش ، ١٩٩٣ ، ٣١٣) ،

(عبد الوهاب محمد كامل ، ١٩٩١ ، ٢٨٢ - ٢٩٣) ، عبد المجيد منصور ، ١٩٨٦ ، ١٨ - ٩٠) .

كما أن هناك وجهة نظر أخرى تربط بين طبيعة إصابة الفرد بمرض سيكاترى أو نفسى معين ، وطبيعة إدمانه لعقار معين ، ولقد عرض (Roger D. Weiss. 1992) لوجهة النظر هذه من خلال استعراضه لعدد من الدراسات التى إستطاعت التوصل إلى إيجاد علاقة إرتباطية بين إصابة الفرد بمرض كالقلق Anxiety والإكتئاب Depression أو الهوس Mania ، حيث إن الفرد يلجأ إلى المخدر ويسئ إستعماله أو يعتمد عليه دون أن يستبصر بالعواقب التى تترتب على إدمانه هذا ، ولذلك يظل اعتماد الشخص على مخدر معين دون آخر فى حاجة إلى ضرورة التعرف على الإحتياج السيكولوجى الذى يشعبه هذا المخدر لديه - Roger Weiss.1992, pp. 137 - 145 ، كما أن هناك وجهة نظر تقسم أشكال التعاطى إلى التعاطى التجريبى ، والتعاطى العرضى ، والتعاطى المنتظم ، والتعاطى الثقيف أو القهرى .

(أحمد عبد الله السعيد ، ١٩٩٠ ، ٩٦ - ١٠٠)

ولقد قام L. Baner بالتعرض لعدد من نتائج البحوث التى أجريت فى مجال السيكيوبولوجى Psycho Biology والمرتبطة بعملية الإشتياق Crving إلى المخدر وعلاقة ذلك بالإنتكاس Relapse فتوصل إلى تحديد عدد من المؤشرات البيولوجية والتى ترجع احتمالية هذا الافتراض (Lonce O. Baner, 1951 , pp. 51 - 55) .

وجهة نظر المجتمع فى الإدمان :

فإذا إنتقلنا إلى العنصر الثالث من حلقات (الفعل الإدمانى) وأقصد به وجهة نظر المجتمع إلى الإدمان ، حيث لاحظ العلماء وجود فروق ثقافية وحضارية فى تعاطى المخدرات ، حيث إن بعضها يكون مفضلاً فى ثقافة معينة دون الأخرى .

(سعد جلال ، ١٩٨٦ ، ٤٣٤ - ٥٣٤) ، ولعل نظرة إلى الإحصاءات التى قدمت فى هذا المجال من حيث نوعية المدمنين ، وكمية المضبوطات من مخدر معين ، والسمات النفسية العامة والشائعة لهذا المجتمع أو الحضارة كل ذلك يعطى فكرة عن طبيعة المخدر (المفضل) فى ثقافة وحضارة ما .

ففى دراسة لكودير (1973) Coder على تعاطى القنب Cannaps فى رواندا لاحظ إن إنتشار هذا العقار لدى القبائل ذات المكانة الإجتماعية الدنيا . فى حين لا ينتشر تعاطى الحشيش بين الجماعات المحيطة بهم ذات المستوى الإجتماعى الأرقى (Codere H. 1973, pp. 1 - 16) . فى حين وجد جونز Jones 1975 أن تدخين

الحشيش بين قبائل التونجا Tonga مسموح به كجزء من الإطار الحضارى بل وتوجد شروط على الجميع الالتزام بها (Jones A. D. 1975 . pp. 292 - 332) أما مكجلوثلين 1975 . Meglothlin ، فقد استفاض فى شرح المناخ الإجتماعى والثقافى فى الولايات المتحدة الأمريكية فى أواخر الخمسينيات وأوائل الستينيات ، وانتشار تعاطى القنب بين الشباب فى هذه المرحلة وخاصة المنضمين إلى حركة (الهيبز) آنذاك (Mcglotin W. H. 1975 . pp. 45-84) ، ويعد كاميرون (Cameron 1978) من أشهر العلماء الذين قدموا إستعراضا لطبيعة المشكلة فى عديد من دول العالم مثل إيران ، والهند ، وتايلاند ، وسنغافورة ، وهونج كونج ، والفلبين ، واليابان (D. Cameron . 1978. pp. 1267 . pp. 1267 - 1271) ، فى حين ينتشر تعاطى الكحوليات فى الولايات المتحدة الأمريكية .

(عبد الحليم محمود ، ١٩٧٢ ، ١٤٢ ، ١٤٤)

وتعانى فرنسا ، وكندا ، وأنجلترا ، وهولندا ، وبولندا ، وإيرلندا ، والنرويج من مشكلة تعاطى الكحوليات .

(أحمد درويش ، ١٩٩٢ ، ٢٢ - ٢٤) ، (عبد الحليم العفيفى ، ١٩٨٦ ، ٢١٥) ، (عبد الرحمن مصيقر ، ١٩٨١ ، ٢٦) .

فى حين لو نظرنا إلى المخدر المفضل فى البلاد العربية نجد الحشيش ، كما فى لبنان .

(غسان يعقوب ، ١٩٩٦ ، ١٤٤)

ضافة إلى إندلاع الحرب الأهلية بها والتي أدت إلى تعاطى المخدرات وبصورة وبائية (آلان لافروس ، ١٩٩٣ ، ٩٥) ، كما ينتشر تعاطى الحشيش فى الأردن وسوريا والقدس ، كما أوضحت خبرة كارتياس (خبرة كارتياس ، ١٩٨٩) . وهو ما أكدته فتحى عيد (١٩٨٧) والذي قام بتحليل لحجم المضبوطات من المواد المخدرة على مستوى العالم .

(فتحى عيد ، ١٩٨٧ ، ١٤)

ولذلك فإن إستخدام أو تفضيل عقار معين فى حضارة معينة إنما ينبع من الاحتياج النفسى لهذا العقار (فعلى سبيل المثال استخدم الشعب الصينى الأفيونات لأنه يتناسب وطبيعته من حيث أن الصينى مهذب وهادئ ومطيع على عكس الجزيرة العربية والتي كانت يسودها طابع العنف فانتشر إستخدام الخمر ، أما فى مصر فإنه فى

عصور الإنكماش والإستعمار إنتشر تعاطى الحشيش .

(طاهر شلتوت ، ١٩٨٩ ، ١)

ذلك أن موقف الحضارة من المخدر إنما يتدرج حول عدة محاور . ولقد قام بيتمان pettman بتقسيم إتجاهات الحضارات المختلفة نحو شرب الخمر إلى : الحضارات الممتنعة ، والحضارات الأردواجية ، والحضارات المتساهلة .

(عادل دمرdash ، ١٩٨٢ ، ٦٢ - ٦٥) ، (طاهر شلتوت ، ١٩٨٩ ، ١٤ - ٤٤) ،
(عبد المجيد منصور ، ١٩٨٦ ، ١٢٦ - ١٣٤)

وهنا تتضح أهمية الفرق الحضارية والتي تلعب دوراً بارزاً في نشأة الإضطرابات النفسية والتي من بين أعراضها الإدمان ، والتي تزيد بصورة واضحة في المجتمعات ذات الإيقاع السريع اللاهث ، وهنا يلجأ الفرد إلى مختلف أساليب الهروب والمرض ومن بينها المخدرات هروباً من الواقع المحيط القاسى إلى واقع بديل
(محمد رمضان ، ١٩٨٨ ، ١٨٦)

هل الإدمان جريمة أم مرض ؟

وكما تعرضنا للإدمان في إطار عبر حضارى وطبيعة نظرة المجتمع له تقتضى منا الضرورة العلمية أن نتعرض بسرعة لطبيعة النظر إلى الإدمان : وهل الإدمان مرض أم إنحراف سلوكى يستوجب العقاب ؟ وإذا كانت المخدرات قد عرفها الإنسان منذ القدم واستخدمها لأغراض شتى (D. Pausubel, 1966, p . 5) فلماذا تحولت المخدرات إلى كارثة في هذا القرن ، وفي هذا المرحلة التاريخية بالذات ؟
ولاشك أن الإجابة على هذا التساؤل تقودنا إلى عديد من المسلمات منها أن ظاهرة الإدمان أضحت عالمية ولم تعد قاصرة على مجتمع معين .

(عزة حجازى ، ١٩٩١ ، ٢٩ - ٣٠)

كما أن الإدمان لم يعد قاصراً على الطبقات الإجتماعية الدنيا كما كان الحال في القرن التاسع عشر.

(فاروق عبد السلام ، ١٩٧٧ ، ١٠)

كما أن جميع الدول تسن القوانين وتضع العقوبات الرادعة في محاولة للحد من ظاهرة الإتجار أو التوزيع أو التعاطى . ورغم ذلك يتزايد الإدمان .

(نايف المروانى ، ١٩٩٣ ، ١٥ - ١٦)

كما حدثنا مارك جرمت (Maek Griffiths , 1995) عن نوع آخر من الإدمان هو إدمان التكنولوجيا Addicties Technological أو إدمان الآلات العلمية Machine ddicties (ولعل أوضح صور الإدمان هنا هو إدمان الإنترنت) وذكر بأن هذا النوع من الإدمان وإن كان يختلف عن إدمان المواد الكيميائية إلا أن السلوك الإدماني يكاد يتطابق في كلا النوعين من الإدمان (Mark Griffiths 1995, pp. 14 - 19) .

ولعل الموقف من الإدمان في الغرب كان في البداية التحريم ، فكان ينظر إلى المدمن على أساس أنه مجرم ومسئول عن إدمانه شأنه شأن اللص والقاتل فيسجن ويعاقب ، إلا أنه مع تفاقم مشكلة الإدمان وانتشاره كالوباء واتضح إمكانية علاجه ولو جزئياً تحول الرأي إلى اعتبار إدمان الخمر مرضاً ، ولم يترسخ هذا المفهوم إلا منذ عام ١٩٥٦ م ، حين اعترفت رابطة الأطباء الأمريكيين بإدمان الكحول بأنه مرض وقد جاء هذا الإقرار بعد الجهود الجبارة والتي قام بها الطبيب الأمريكي جيلنك Jellinek E.. M. والذي أدخل هذا المفهوم في كتابه المعنون بإدمان الكحول مرضاً (Jellinek E. M. , 1960) . إلا إن المشكلة في الغرب لم تنته إذ تم الإقرار بأن مدمني الخمر مرضى ، ولكن مدمني المواد الأخرى ظلوا في نظر القانون الغربي مجرمين ، وقد اقتنعت أخيراً أكاديمية نيويورك الطبية بأن المدمن مريض وليس مجرماً ، وربما يرتكب أعمالاً إجرامية في سبيل الحصول على عقاره وليس من العدل في شيء أن نعتبره مجرماً .

(روبرت . س . دى . روب ١٩٧٤ ، ١٦٤ - ١٦٩)

وهو بالفعل ما تحقق حيث نجد Normans, Miller في فصله المعنون Drud and Alcohol Asadisease Adisease يجري عدداً من الدراسات الإكلينيكية ليستطلع آراء عدداً من الناس حول طبيعة النظر إلى الإدمان على أساس أنه مرض أم لا وقد إتفقت الآراء حول حقيقة خلاصتها أن الكحول وباقي المخدرات مرض يستحق الوقاية العلاجية (Notmans Milles, 1991, pp. 295 - 308) ، ولعل تفاقم مشكلة الكحول في الغرب قد جعلت الكثير من الباحثين يتصدرون بشكل موسع لإدمان هذا العقار ، وإن كان بعضهم مثل Mary J. Kreek (١٩٩٢) قد ذكر صراحة بأن الإدمان على أي مخدر مهما كان - فهو مدمن مريض The Addict as Patient وذلك لأن الإدمان يسبب مشاكل طبية Medical Prodloms ، ومشاكل واضطرابات نفسية

وعقلية قد ذكرت في الـ D.S. MII R والـ DSM ، إضافة إلى أن هناك عددا من الشخصيات المهيئة للإدمان مثل الشخصيات السيكوباتية ، وهي شخصيات يكون الأمل معدوما في شفاءها (Mary Kteek, 1992, pp. 992 1009) .

أى أن مفهوم الإدمان كمرض ظهر أول ما ظهر على مدمنى الكحوليات ثم بعد ذلك امتد ليشمل مدمنى المواد الأخرى (Cry Leuson et al . 1993. pp . 3 - 5) ورغم ذلك فإن الجدل مازال مستمرا بين أنصار أن الإدمان مرض . وبين أصحاب النظرية السلوكية أو الذين يأخذون بنظرية التعلم الإجتماعى ، ذلك أن المدمنين قد لا يعون بأنهم مرضى يستحقون العلاج .

(محمد حمدي الحجار ، ١٤٢٢هـ ، ٢٧ - ٤٤)

علما بأنه قد زادت مناقشات في البداية بين علماء الأدمان على أساس هل الإدمان مرض نفسى أم عضوى ؟

(نبيل الطويل ، ١٩٨٥ ، ٥٨ - ٦٠)

بيد أن المتصفح لغالبية كتب « الطب النفسى » يجدها تفرد بابا خاصا للإدمان على أساس أنه مرض ، له علامات ، وعوامل مهيئة . وطرق للعلاج .

(سعد جلال ، ١٩٨٦ ، ٤٣١ - ٤٦٢) ، (عبد الرؤف ثابت ، ١٩٩٣ ، الباب السابع) ، (محمود حمودة ، ١٩٩٠ ، ٢٨ - ٢٣١) ، (الزين عباس عمارة ، ١٩٨٦ ، ٢٥٠ - ٢٧٧)

كما أن التصنيف الأمريكى الرابع المعدل D S M IV يفرد باب بعنوان : إضطرابات المواد الفعالة نفسيا ، حيث يتناول كل مادة مخدرة بوضع إجراءات أو محكات Crit. eria وكذا الأعراض الإنسحابية Withdrawal ، والتشخيص Diagnosis ، والإضطرابات النفسية أو الجسمية أو العقلية التى قد تتزامن أو تنتج عن إدمان عقار ما (D S M IV, 1994, pp. 175 - 272)

كما أن العلاقة بين الأدمان وإضطرابات الشخصية قد أثبتته عديد من الدراسات نذكر منها دراسة كوستن وآخرين ، (Kosten T. et al , 1982, pp. 572 - 581) ودراسة كانتزيان (Khantsian E. & treece C. 1985. pp. 1067 - 1071) ودراسة نيس وآخرين (Nace E. et al. 1991. pp. 118 - 120) ودراسة برونر وآخرين (Broner R. et al. 1993 , pp. 313 - 319) ومحمود رشاد ١٩٩٧ .

كما قد يكون الإدمان ناتجا أو سببا أو يسير جنبا إلى جنب مع مشكلة المرض النفسى ، وهنا تظهر مشكلة : التشخيص المزدوج Doubl Diagnosis حيث يعانى الفرد من مشكلة إدمان مع مشكلة نفسية أخرى . (Richardik et al . 1993 , pp 131 - 138)

ويتببط تقبل الإدمان بأنه مرض بتقبل حقيقة أن العمليان الفسيولوجية والتمثيل الغذائي لدى المدمن تختلف تماما عن مثيلاتها لدى غير المدمن ، خاصة فى حالة إدمان الكحول .

(لطفى فطيم ، ١٩٩٤ ، ٢٠٠)

أما الموقف من الإدمان فى مصر فقد أتجه نحو تغليظ العقوبة .

(مصطفى سويف ، ١٩٩٠ ، ٩٦)

وهو ما أكدده عبد العزيز الجندى (النائب العام السابق) حيث تناول من خلال العرض التاريخى للتشريعات المصرية الميل إلى تغليظ العقوبة حتى وصلت إلى الإعدام .

(عبد العزيز الجندى . ١٩٩٤ ، ١٣١ - ١٦٦)

ثم أوضح أن التشديد لم يمنع جريمة التعاطى والإتجار ويرى بضرورة وضع استراتيجية قومية متكاملة لمكافحة المخدرات ، ومعالجة مشكلات التعاطى والإدمان ، يكون القانون أحد محاورها ولكنه ليس المحور الوحيد

(عبد العزيز الجندى ، ١٩٩٤ ، ١٦٩)

وهو نفس ما ذهب إليه مدير الإدارة العامة لمكافحة المخدرات فى مصر فى الورقة التى قدمها إلى ندوة علاج المخدرات .

(عصام الترساوى ، ١٩٩٤ ، ١٩١ - ٢٠٨)

وهنا تتباين الآراء فيرى يحيى الرخاوى بضرورة الإبادة للمروج ، وعزل المدمن فى الصحراء (يحيى الرخاوى ، ١٩٩٣ ، ٨١ - ٨٢) ، فى حين يرى محمد شعلان (١٩٨٦) بأن العقاب لا يفيد ، وأن مشكلة الإدمان لها جذور فى المجتمع ، وما لم تعالج هذه الجذور قلن تحل المشكلة بالقانون أو حتى بالإعدام .

(محمد شعلان ، ١٩٨٦ ، ٥٢ - ٦٨)

كما أن هناك العديد من إجراءات القصور في الضبط مما يؤدي إلى صدور أحكام ببراءة المروجين

(أحمد أبو الروس . ب . ت ، ١٠٣ - ٤٠٠)

وإن كان هناك إعراف الآن متزايد في مصر بضرورة علاج المدمنين ومنحهم فرصا للعلاج .

أما في دول الخليج العربي - المملكة العربية السعودية نموذجاً فإن الموقف يتراوح بين الإعراف بالإدمان كمرض ولذا فقد تم إفتتاح ثلاث مستشفيات لعلاج الإدمان ، وبين العقاب ، ومنح أى مدمن أربع فرص للعلاج . فإذا تكرر دخوله إلى المستشفى (أى المرة الخامسة) يكون بذلك قد ارتكب جريمة التعاطي ويعاقب عليها . علماً بأنه تم القاء القبض عليه فى أى وقت - بصرف النظر عن عدد الفرص الممنوحة له - من قبل مكافحة المخدرات تحرر له قضية .

فى علاج لإدمان :

وإذا كانت هذه وجهة النظر التى حاولنا فى عجلة إستعراضها حول مرضى الإدمان فإن ذلك يقودنا إلى الحديث - أيضاً فى عجلة - حول الخطوط الرئيسية لعلاج الإدمان وهناك عدة إتجاهات لعلاج الإدمان ، فىرى علماء الطب النفسى أن علاج الإدمان يكون فى التخلص من الأعراض الناجمة عن التوقف عن التعاطي Detoxification علماً بأن التوقف عن تعاطي كل مادة مخدرة يكون لها أعراضها الإنسحابية ، كما قد تتعرض بعض الحالات وبشكل مفاجئ إلى ما يسمى بأعراض الذهان التسمى Toxie Paychosis وما يرافقه من هلاوس وخداعات قد تصل فى بعض الحالات إلى إيذاء الغير (Arig A. & Wesretmeyer. 1988. p 195) ، وهنا يأتى دور الطب فى التعامل مع الأعراض الإنسحابية Withdtawal Syndrome سواء كانت فى مرحلتها المبكرة أو المتأخرة - (Domenic A. et al, 1991.pp. 48) (36) ولم يقتصر دور الأطباء النفسيين فى مصر على التعامل مع الأعراض الإنسحابية بل قاموا بنشر الوعى بداء الإدمان .

(يسرى عبد المحسن . ١٩٨٩ ، ١٨٠ - ١٨٤) ، (إحمد شوقى العقباوى ،

(١٩٨٩ ، ٢١٤ - ٢٢٠)

أما علاج الإدمان من وجهة نظر علماء النفس فيرون أنه بعد المرور بمرحلة الأعراض الانسحابية لا بد أن ينتظم المريض فى العلاج النفسى حتى يستبصر

بالدوافع التي قادته وتقوده إلى الإدمان أو الانتكاس ، وفي هذا الصدد ذكر مصطفى سويف (١٩٩٠) علاج الإدمان - الخبرة المصرية في إطارها الحضاري (مصطفى سويف ١٩٩٠ ، ٨٣ - ٩٥) ، كما يتحدث أيضا عن السياة الوقائية المتكاملة في مواجهة مشكلات الإدمان (مصطفى سويف ، ١٩٨٨)

وأن هناك طريقاً آخر في مكافحة المخدرات وهو طريق خفض الطلب (مصطفى سويف (١٩٩٠) . في حين يرى عبد الحليم محمود السيد (١٩٩١) في إطار تعليقه على البحوث المسحية الوبائية والتي تجرى بواسطة لجنة البحوث الدائمة بالمركز القومي للبحوث الإجتماعية والجنائية أهمية التركيز على رسم سياسة وقائية كهدف استراتيجي لمواجهة مشكلة تعاطي المخدرات . (عبد الحليم محمود السيد ، ١٩٩٣ ، ٣٢٩ - ٣٣٩) ، وفي هذا الإطار تقدم لطفي فطيم (١٩٩٤) بعرض خبرته في العلاج النفسي الجمعي لمدمني المخدرات . (لطفي فطيم ، ١٩٩٤ ، ٢٠٠ - ٢١٨)

ثم قدم ذلك خطة عمل علاجية وفقاً لمراحل مرضى الإدمان (لطفي فطيم ، ٥٨ - ٦٢) ، وقدم محمد حمدي الحجار (١٤١٢ هـ) نموذجاً لما يمكن أن تساهم به مدارس علم النفس في علاج الإدمان خاصة مدرسة العلاج الإنفعالي (محمد حمدي الحجار ١٤١٢ هـ) ، وكذا قدم أرون بك (Aaront Back 1993) وآخرون إمكانية تطوير فنيات العلاج النفسي المعرفي في التعامل مع المدمنين (Aaront Beck 1993)

وليس هذا فحسب بل إن العلاج النفسي الحق هو الذي يأخذ في إعتباره كيفية التعامل مع مشاعر المريض خاصة تلك المتعلقة بالقلق الممرضى (جيبيل رديلييني وآخرون ، ١٩٩٥) ، كما أن العلاقة بين إصابة الفرد بالإكتئاب ولجوئه إلى الإدمان كعلاج ذاتي أمر شائع لدى المدمنين (مارك ووردن ١٩٩٤) ، كذلك لابد من التعامل مع ميكانيزم الإنكار (ويليام . س . نيلي ١٩٩٤) ، كما أنه ليس من السهل على الأسرة أن تعترف بإدمان أحد أبنائها بل وتتخذ الأسرة دروباً من الإنكار والتهرب لا حدود لها (مارى . أم ١٩٩٣) . وكذلك لابد أن نأخذ في الإعتبار كيفية التعامل مع الإنتكاسة (تشارلز و. كرورا ١٩٩٤) . إضافة إلى ضرورة تدريب المدمن على التعامل مع الغضب (Leomadow 1972) أو كيفية التعامل مع الخجل Shane أو عدم القدرة على توكيد الذات في المواقف المختلفة (Hoslden 1981) .

فإذا تناولنا جهود علماء الاجتماع في علاج الإدمان ، فقد انصببت الجهود على

أسرة المدمن ، وإمدادها بالمعلومات الكافية لفهم المدمن والتعرف على العلاقات المنذرة بالإنتكاس ومحاولة مساعدته على إحتيازها (Revisd Edition) كما يجب القيام بالعلاج الأسرى لأسر المدمنين (محمد أحمد النابلسي ، ١٩٨٨ ، ٩٠ - ٩٥) كما يجب أيضا أن يشمل العلاج مشاعر الرفض والنبذ لدى المدمنين . (محمد حسن غانم . ١٩٩٤ ، ٥٢ - ٥٧) كما أن للآباء دوراً هاماً في تعاطي أولادهم المدمنين من الإدمان (باربراكوثمان يكتل ١٩٩٤) ، كما أن الإهتمام بديناميات الأسرة والأدوار التي يمكن أن تساهم من خلالها في علاج الإدمان وزي إضطرابات أخرى قد أكد عليه سلفادور مينوشن Sladar Minuchin ، وجاي هالي (Jay Haley 1980) حيث إن الإدمان يقود إلى إضطراب شديد في دورة حياتها (Maly . J Life Cycle 1980) كما أن طبيعة الإدمان لدى الأسرة يقود إلى عدم تكيف أعضاء الأسرة مع الإيمان إضافة إلى إستخدام المدمن للعديد من ميكانيزمات الدفاع لتمرير إدمانه (David J. et al, 1991 , pp. 822 - 879)

فؤذا إنتقلنا إلى العلاج للإدمان من وجهة نظر السلوكيات فسوف نكتفى بذكر طريقة هـ . بون H. Boudin وهي في مجملها طريقة مرنة ، ويمكن أن تطبق على المدمن أما داخل المستشفى أو من خلال متابعة لوحدة الرعاية المستمرة Afier Care وتنهض هذه الطريقة في قيام المعالج بتدريب المريض على كيفية ملاحظة ذاته ورصد ما يصدر عنها من أنماط سلوكية ، إضافة إلى تدريبه على تقييم الذات Self - evan - Luation ، ثم يقوم المعالج بمساعدة المريض على تغيير الأنماط السلوكية والتي قد تقود إلى الإنتكاس (Boudin H.H, 1977. pp . 1 - 16) .

أما عن علاج الإدمان من وجهة نظر جماعات المدمن المجهول (A.A) فقد مرت بمراحل وأطوار متعددة استحققت بحق أن تكتب قصتها (Alcoholics 1976) كما أن منهجهم في العلاج يقتضى ضرورة الإلتزام بالاثنتى عشر خطوة (Helcon p. 248 - 314 . 1992 ، وكذا التأكد على جماعة المساندة الذاتية Sup potgroups ، ومساعدة الذين سقطوا في مرض إدمان المخدرات (Jetome E. S. 1991 . pp. 1255 - 1270)

كما أن على مرشدى التعافى (C.D.C.) ضرورة أن يعى تأثير الإدمان على أفراد الأسرة وخاصة في الحالات المزمنة (Madilineic el al . 1994, pp. 15 - 18) إلا أن هذه الأفكار لم تظل حبيسة المجتمع الأمريكى بل إنتقلت إلى كافة جهات العالم (لطفى فطيم ١٩٩٤ . ١٩٨٠)

إلا أن المشكلة في مثل هذه الجمعيات أن الطريقة العلاج فيها غير منتظمة ، كما أنه من الصعب تقويم فعاليتها بدقة

(عبد العزيز الدخيل ١٩٩١ ، ١٢٢)

أيضا هناك إتجاه لعلاج الإدمان من خلال الإزجاع الحيوى Biofeed Back وهناك العديد من الدراسات التى أكدت ذلك ومنها دراسة بنستون وكالكوس (Peniston N.E.G. & Kvlkossy , 1990 pp. J . 37 - 55) وكذا دراسة دينى وآخرين (Denney M. el al, 1991, pp. 335 - 341) ودراسة دينى وباف (Denney M. & Bavy, 1992 pp. 1293 - 1300) ودراسة فارونس وزملاؤه (Fahtions Lal , 1992, pp. 347 - 552) وقد أكدت هذه الدراسات على أهمية تدريب المدمن على التحكم فى العمليات الفسيولوجية من خلال استخدام أجهزة خاصة لذلك ، وتقليل الشوق إلى المخدر وبالتالي تجنب الوقوع فى الانتكاس .

وأخيرا علاج الإدمان من وجهة نظر رجال الدين ، فنرى أن الأديان كافة قد نهت عن إيذاء البدن وإيذاء الآخر ، كما أن الإسلام - على سبيل المثال - قد إتجه إلى معالجة هذه المشكلة عن طريق لتدرج ، وأن الفرد الذى لا ينتهى قد وضع له أمرين : الأول : العزيز ، الثانى : إقامة الحد .

(سعود بن عبد العزيز التركى ، ١٤١٣هـ - ٤٦٨) ، (أحمد على طه ريان ١٩٨٢ ، ٢٠٤) ، كما إن الإسلام قد وضع مقولة : إن كل مسكرٍ خمر ، وكل خمر حرام ، للرد على إدعاءات البعض بأن بعض المواد المخدرة لم ينزل نص قرآنى صريح يحرمها .

(طاهر شلتوت ، ١٩٨٩ ، ٩٧ - ١٠١) ، كما أن هناك عديد من الدراسات التى أكدت على أهمية العلاقة بالدين فى الابتعاد عن تعاطى المخدرات ، إضافة إلى تجربة العلاج النفسى الإسلامى (أسامة الراضى . ب . ت) تلك كانت الإسهامات المختلفة لعديد من القضايا والتى أثارتها : المخدرات - المدمن - نظرة المجتمع إلى الإدمان .

والمدمن كإنسان له إحتياجات معينة يسعى إلى تحقيقها ، ويتعرض لعديد من الضغوط ، وقد يكون لديه اعتقاد بأن أمور حياته تسير وفقا لإرادته الداخلية ، أو تسير حسبما أتفق .

محاور التأهيل النفسى الاجتماعى لمرضى المخدرات :

— مدخل إلى التأهيل Rehbsilitation

أثارت الترجمة الإنجليزية الكثير من المناقشات ، فكلمة Rehbsilitation تبدأ

بحرف RE ومعناها بالعربية إعادة الشيء إلى وضعه الطبيعي ، وهذا لا ينطبق على حالات الضعف العقلي ولذلك يفضل إستخدام كلمة Habilitatin ولكن غالباً يكون الخطأ الشائع مقبولا فيستخدم هذا اللفظ للدلالة على عملية التأهيل.

(ناظك عفيفي ١٩٩٣ ، ٣٢)

وهو ما ناقشه محي الدين حسين (١٩٩٤) من خلال استعراض لتعريف Ellison Backhout والتي تأثرت في منحاها بالنموذج الطبي الذي فيه يتحدد الشفاء بعودة المريض إلى حالة سابقة كان عليها قبل بد المرض ويتصور أن حالة ما قبل الإصابة بالمرض هي حالة السوية ، ولا يمكن لهذا النموذج أن ينطبق على الوضع الخاص بظاهرة تعاطي المخدرات ، إذ قد يكون الوضع قبل الدخول في خبرة التعاطي وضعاً مهيئاً لهذه الخبرة وممهداً لها . إضافة إلى وجود العديد من التصورات الخاطئة التي تضمنها مفهوم إعادة التأهيل ، والذي أرتأى شتراوس ضرورة إستبعادها .

(محي الدين أحمد حسين ، ١٩٩٤ ، ٢٥٦ - ٢٥٨)

- تعريف التأهيل(*) : تتعدد التعريفات التي قدمت لمفهوم التأهيل ، ويتوقف ذلك على طبيعة المجال المقصود به التأهيل (المسنين / المعوقين - حالات التخلف العقلي / التأهيل المهني ... إلخ) . إلا أن المعنى العام من التأهيل يكاد يتفق مع هذا التعريف والذي يقصد به عملية مساعدة الأفراد على الوصول إلى الحالة التي تسمح لهم بدنيا واجتماعيا بأن ينهضوا بما تتطلبه المواقف المحيطة بهم ، مما يمكنهم من إستغلال الفرص المتاحة أمام غيرهم من أبناء المجتمع ممن هم في مرحلة العمر نفسها (من خلال : مصطفى سويف ١٩٩٠ ، Shahendah 1985) . وتكتسب هذه العملية وضعاً مركزياً في صميم العملية العلاجية من حيث كونها دافعة في إتجاه تحقيق إستمرار التعافي من الانتكاس . ومن حيث كونها مؤهلة للفرد على تحقيق موقعه في الإطار الإجتماعي كذلك فاعلية وهو ما يسمسه البعض عملية الدمج الإجتماعي Social reintgration .

- ومن الجدير بالذكر أن التأهيل قد أضحي عملية أساسية في التعامل مع العديد من حالات الأمراض النفسية (كالاكتئاب) والعقلية (كالفصام) والسلوكية (كالتعرض لحالات الإغتصاب) أو الإصابة بالعديد من الأمراض العضوية الخطيرة

* أعتدنا في كتابة هذا الجزء على كتابنا : التأهيل النفسي والإجتماعي لمدمني المخدرات ، ٢٠٠٥ ، مكتبة الأنجلو المصرية .

(كالإيدز وفيرس Hiv أو جلطة المخ أو الذبحة الصدرية وغيرها من الأمراض التي تتطلب برامج تأهيل للشخص . ولكي يتوافق مع الوضع الراهن وتحقيق قدر أكبر من توافق مع مؤسسات المجتمع المختلفة (أنظر على سبيل المثال : أ. لافندر ، ف. ن. واتس ، ٢٠٠٠ ، ٥٣٤ - ٥٦٣ ، سي. بندي ، ٢٠٠٢ ، ٦٥٠ - ٦٨٥ ،
(Shephevd, G. 1991 , Wilson, Balmoffat, N, 1992)

— أهداف التأهيل الكبرى : يرى محي الدين أحمد حسين أن أهداف التأهيل الكبرى تتلخص في :

١ - معاونة الفرد على الإستبصار بوضعه المرضي وملايساته المختلفة وخاصة من منظور التفاعل الإجتماعي في جوانبه ومظاهره المتعددة ، مع إيضاح المقومات النفسية والإجتماعية والبدنية التي أسهمت في تشكيل أو تدعيم المسالك المرضي والذي أخذ صورة الإعتماد على المخدرات كأسلوب للحياة .

٢ - إساءة دعائم الشعور بفاعلية الذات في مواجهة المشكلات النفسية والإجتماعية والبدنية . ويعد هذا الهدف من الأهداف التأهيلية الهامة بالنسبة لمتعاطي المخدرات ، إذ به ومن خلاله تتحدد إمكانية المقاومة لعناصر الضغط الدافعة إلى خبرة التعاطي وخبرات أخرى إيجابية في مجال التعاطي .

٣ - إنماء الربط الفعال بين الوسائل والغايات ، إذ أنهم يتحركون بدافع إسعاد أنفسهم ، إلا أنهم يؤذون أنفسهم . كما أنهم وهم يتحركون بدافع تحاشي الآلام يزدون من الآلام .

٤ - إنماء الإتجاهات الإيجابية تجاه الآخرين ، ذلك لأن ثقافة المخدر قد أكسبتهم العديد من السلوكيات والقيم والإتجاهات والتي جعلتهم في النهاية يتحللون من القيم الإجتماعية على نحو أضعف لديهم إغراء التواصل الصحي مع الإطار الإجتماعي .

٥ - التمهيد بجهود التأهيل إلى عملية الدمج الإجتماعي بمعنى وصل الفرد بالسياق الإجتماعي على نحو يراه السابق الإجتماعي ملائماً .

(محي الدين أحمد حسين ، ١٩٩٤ ، ٢٥٩ - ٢٦٢)

— مبادئ التأهيل : ينهض التأهيل على مجموعة من المبادئ أهمها :

١ - احترام وتقدير الشخص والتعامل معه كوحدة متكاملة لها كيانه المستقل والثقة بإمكانياته المتبقية .

- ٢ - الأخذ بمبدأ تكافؤ الفرص بين أفراد المجتمع عن طريق تهيئة الفرص للأفراد لكي يعتمدوا على ذاتهم وفي نفس الوقت لا يكونوا عالة على المجتمع .
- ٣ - ضرورة الأخذ بمراعاة مبدأ الفروق الفردية ، فيتم تأهيل الفرد وفقاً لخبرته الشخصية وتاريخه الإجتماعي والمرضى ، ولا يمكن الإدعاء بأن الفرد قد تم تأهيله إلا إذا كان قد شفى تماماً من الحادث نفسياً واجتماعياً وقد استعاد مكانته السابقة في المجتمع .

(سيد عبد الحميد ، ١٩٧٦ ، ١٤٦)

- ٤ - الأخذ بمبدأ مشاركة الشخص في وضع الخطط التأهيلية الخاصة به وبذلك يعيد الثقة إلى نفسه ، ويشعر بكيانه مرة أخرى ، ولا يشعر بأى تسلط من جانب الآخرين في التخطيط لحياته .
- ٥ - الأخذ بمبدأ القيادة الديناميكية والحساسية للحاجات الفردية والوعي بالمحيط الإجتماعي والإقتصادي .

(ناظك عيسى عفيفي ، ١٩٩٣ ، ٣٥)

المحاور الأساسية لبرامج إعادة التأهيل لمتعاطي المخدرات :

وقد حددها محي الدين أحمد حسين (١٩٩٤) في المحاور الآتية :

- ١ - التحليل المبدئي للمشكلة والذي يعنى الوقوف على :
 - أ - مدى الإفراط في حدوث سلوك غير مرغوب ، وذلك من منظور التكرار أو الشدة أو الإستمرار . فتقرير أن المتعاطي يتعاطى على نحو منتظم وبجرعات كبيرة وفي ظروف مختلفة وتباينة هو نموذج لهذا النوع من التحليل المبدئي .
 - ب - أن نحدد ضروب السلوك التي وجدت نتيجة التعاطي مثل : عدم القدرة على التعاطي الملائم مع الآخرين أو ضعف القدرة على تحقيق التوافق الإجتماعي .
 - ج - تحديد مواطن قوة الفرد ويعنى هذا أن نحدد ما يستطيع الفرد أدائه حتى يمكن (استثماره) في حل المشكلة .
- ٢ - تحليل سياق المشكلة من خلال الإجابة عن التساؤلات التالية :
- أ - من هم الأشخاص المعترضون على ما يصدر من ضروب معينة

- للسلوك؟ هل هو الشخص صاحب المشكلة أم أن هناك آخرين غيره ؟
- ب - ومن الذى يساعد تفاقم المشكلة من خلال تأييده لصاحب المشكلة ومن هو أو هم ؟ .
- ج - وما النتائج المترتبة على وجود هذه المشكلة سواء لصاحب المشكلة أو لغيره ؟ .
- د - وكيف يسير المتعاطى أموره وهو متورط فى خبرة لتعاطى ؟ وكيف يسير أموره بعد أن يقلع عنها ؟ .
- هـ - وهل من الممكن لحل المشكلة أن يخلق مشكلات أخرى جانبية ؟ وما هى هذه المشكلات ؟
- و - وهل من الممكن للشخص أن يعتمد على نفسه فقط فى حل مشاكله أم أنه بحاجة إلى آخرين يعاونونه فى هذا الأمر ؟
- ٣ - الوقوف على شكل التدعيات التى يمكن توظيفها فى إتجاه تمكين المتعاطى من الإقلاع عن خبرة التعاطى . من خلال إثارة هذه التساؤلات والإجابة عنها .
- أ - هل هو تحقيق القبول والموافقة من جانب بعض الأشخاص الذين يمثلون أهمية بالنسبة له ؟
- ب - أم التخلص من خبرة تهدد بخطر على المستوى النفسى أو الاجتماعى أو البدنى ؟
- ج - أم محاولة إنقاذ ما يمكن إنقاذه سواء من المنظور الدراسى (إن كان دارساً) أو المنظور المهنى (إن كان عاملاً أو موظفاً) .
- د - أم التخلص من عبء مالى يمثلته الحصول على المخدر ؟
- هـ - ضرورة أخذ تاريخ المتعاطى فى الاعتبار والنظر إليه من خلال خبرات النجاح أو الفشل وتأثير هذا على توقعاته المستقبلية .
- ٤ - التحليل الإرتقائى للمشكلة : من خلال الإهتمام بالزوايا الثلاث الآتية :
- أ - الزوايا البيولوجية Biology : بمعنى هل ثمة متاعب بدنية ارتبطت بشكل أو آخر بظروف التعاطى ، وما حدود التدخل العلاجى المناسب ؟
- ب - الزوايا السوسيسولوجية Soeiology : حيث نحدد الملامح المميزة

للوسيط الإجتماعى الذى يمثله متعاطى المخدرات ، وحدود اتساق إتجاهات المتعاطى مع ظروفه الإجتماعية والإقتصادية التى يعيشها ، وبيان ما إذا كانت هناك تغيرات قد حدثت فى الوسط الإجتماعى بالمتعاطى وكان لها إنعكاسها عليه بشكل أو آخر من حيث التورط فى خبرة التعاطى . وكيفية إنعكاسات الخبرة .

عليه هذه من منظور الآثار المباشرة أو غير المباشرة ، وكذا بيان حدود التصارع فى أدوار المتعاطى الإجتماعية وكيفية خلق هذا الصراع وهل كان لهذا صلة بسلوكه ؟ .

ج - الزاوية النفسية Psychology : حيث يكون الإهتمام موجهاً إلى عدد من الجوانب المختلفة مثل :

- بيان حدود شذوذ هذه الخبرة إذا ما وضعت موضع المقارنة مع ضروب سلوكية أخرى للمتعاظى نفسه .

- بيان العوامل النفسية الإجتماعية التى رشحت خبرة التعاطى مسكاً فى الحياة .

- كيفية إدراكه لهذه العوامل من منظور تأثيرها عليه أو على غيره من المحيطين به .

- فى أى ظروف يشعر المتعاطى بالحاح المخدر .

- فى أى ظروف أخرى يشعر بأهمية إعادة النظر فى مسلكه ؟

- هل هناك قدرات يتأسى بهم المتعاطى وينسج سلوكه على غرارهم ؟

- ومن هم أولئك القدرات ؟

٥ - تحليل إمكانات التعامل مع المشكلة من خلال :

- بيان الحد الذى يمكن البدء فى مواجهة المشكلة .

- بيان الحدود الأخرى التى يمكن الوصول إليها بعد ذلك .

- بيان الكيفية التى يقوم بها تعزيز الخطوات المبدئية على حل المشكلة .

- حدود حرية صاحب المشكلة فى التعامل مع الحلول المطروحة .

٦ - تحليل السياق الإجتماعى الذى سينضوى الفرد فيه بعد الإنتهاء من الخبرة التأهيلية من خلال الإجابة عن التساؤلات الآتية :

- من هم الأشخاص الذين سيتعامل معهم المتعاطى بعد إقلاعه؟
- هل هناك أفراد يمكن أن يلعبوا دوراً مناهضاً ضد الوجهة التأهيلية؟
- وهل هناك آخرون غيرهم يمكن أن يلعبوا دوراً إيجابياً.
- وما الظروف التي يمكن تطويعها لصالح البرنامج التأهيلي موضع التنفيذ؟

(محي الدين أحمد حسين ، ١٩٩٤ ، ٢٦٤ - ٢٦٧)

الأهداف الإستراتيجية لبرامج التأهيل :

- ١ - التوقف التام عن تعاطى المخدرات .
- ٢ - التأمين التام على دافعية المتعاطين إلى الإبراء من المخدر وعدم الاعتماد عليه .
- ٣ - الإلتزام التام بمجموعة صارمة من القواعد المنظمة لسلوك المتعاطى فى المناشط الحياتية المختلفة مع وجود نظام صارم للإثابة والعقاب .
- ٤ - تهيئة المتعاطى وإعداده لمرحلة الدمج فى الإطار الإجتماعى بعد المرور الموفق بخبرة التأهيل فى جوانبها المختلفة ، من خلال مهمتان أساسيتان هما:

- أ - إعانة الفرد على التغلب على أوجه القصور التى يمكن أن تكون قد لحقت بقدراته ومهاراته المختلفة نتيجة المرور بخبرة التعاطى .
- ب - المعاونة فى إتجاه أن يجد الفرد سبيله إلى ممارسة الأدوار المنوطة فى الحياة الإجتماعية .

(محي الدين أحمد حسين ، ١٩٩٤ ، ٢٦٧ - ٢٦٨)

الأهداف التكتيكية لبرامج التأهيل :

- ١ - إنماء مهارات الفرد الشخصية والإجتماعية .
- ٢ - إنماء إتجاه الفرد الإيجابى حيال الصحة العامة .
- ٣ - إنماء الإتجاه حيال الأنشطة التروحية الإيجابية .
- ٤ - إنماء الإتجاه الإيجابى حيال الوقت .
- ٥ - إنماء الإتجاه الإيجابى حيال المستقبل .

- ٦ - إذكاء الوعي بالآخر وأهمية الآخر بالنسبة للفرد .
- ٧ - إنماء الإتجاهات المهنية والدراسية .
- ٨ - إتمام الإتجاه الإيجابي حيال القانون وإخترامه .
- ٩ - إنماء الإتجاه الإيجابي حيال الذات كذات فاعلة ومؤثرة .
- ١٠ - إنماء الإتجاه الأسرى .
- ١١ - إنماء الإتجاه الدينى بمفهومه الصحيح .

(محى الدين أحمد حسين ، ١٩٩٤ ، ٢٦٩)

(سيد عبد الحميد مرسى ، ١٩٧٦ ، ١٤٦)

مكان التأهيل : إن المهتمين بقضية التأهيل يطرحون هذه القضية :

أين يتم التأهيل ؟ وما هو المكان الذى سيتم فيه التأهيل ؟ وما هى الشروط الواجب توافرها فى هذا المكان (كمقومات ودعائم) حتى نضمن نجاح البرنامج التأهيلي ؟ وتتفرع الإجابة عن التساؤلات السابقة فى أمرين هما :

إتجاه يؤكد (ولدية مبرراته القوية وحججه المنطقية) فى ضرورة أن يتم التأهيل فى مكان له مواصفات خاصة ، وشروط دقيقة ومدرسة وفق أسس علمية ثابتة حتى نضمن نجاح برامج التأهيل .

والإتجاه الثانى : يؤكد أصحابه رفضهم أن يتم التأهيل فى مكان منعزل عن السياق الإجتماعى ، ومن الأفضل أن يتم التأهيل فى إطار المجتمع الأكبر لأنه المكان الذى نعد فيه واليه الفرد للتفاعل .
أنظر على سبيل المثال :

(George Deleon, 1999, 395 - 430)

(Alterman A et al, 1993 , pp : 150 - 162)

(Barrh & Antes, D, 1981)

Deleong (Ed) 1997)

(Graham. W. F& Wexler, H. K, 1997, pp : 69 - 86)

(Erich, G, 1999, pp : 358 - 362)

وإذا كان محى الدين أحمد حسين يؤكد على ضرورة أن يتم فى مصر التأهيل فى مستشفى حكومى له العديد من المواصفات والشروط

(محي ادين أحمد حسين ، ١٩٩٥ ، ٢٧٤ - ٢٧٦)

إلا أننا نؤكد أنه لا يوجد في مصر مكان تتوافر فيه الشروط أو الأشخاص الذين يجب أن تتوافر من خلالها وبهم الظروف والعوامل المهيئة لإنجاح التأهيل وبرامجه ولذا لماذا لا يتم إنشاء مجتمع علاجي thera utic Camminty أو حتى معسكر علاجي thera utic Comping في أي مكان في صحارى مصر ويتم تدريب المدمنين (والذين خسروا الكثير من قدراتهم وتدهورات شبكة علاقاتهم الإجتماعية) حيث يتم تأهيل وتوجيههم وتدريبهم على العديد من المهن والهويات والتي تملء سلوكيات الإدمان (والذي يسعى التأهيل إلى إزالتها ودحضها) وإحلال سلوكيات وأعمال مهن تكون مفيدة للشخص وتساعد على إعادة الدمج مع نسيج المجتمع وخاصة بعد أن حدث له ما يسميه أستاذى الدكتور / مصطفى سويف الخلع dislocation (لجنة المستشارين العلميين ، ١٩٩٢ : ٢٣٦)

خطوات التأهيل الإجتماعى : يشمل التأهيل الإجتماعى سلسلة من الخطوات المتكررة والمرتبطة مع بعضها البعض وتؤدي فى النهاية إلى تحقيق الهدف (أو الأهداف من عملية التأهيل . وهذه الخطوات هى :

- ١ - تحديد وحصر الأفراد الذين يحتاجون إلى خدمات التأهيل .
- ٢ - تحديد الحالة الصحية للفرد من خلال التشخيص الطبى .
- ٣ - التوجيه والإرشاد النفسى ويتم ذلك من خلال مساعدة الفرد على اكتشاف قدراته ومهاراته والعمل على الإنتقاء منها لتحرير ذات الفرد .
- ٤ - إستعادة الطاقة البدنية للفرد وحتى يتسنى لها تحقيق الأداء الإجتماعى المطلوب .
- ٥ - تدريب الفرد على ألوان متعددة من المناشط الإجتماعية التى تتناسب مع حالة الفرد البدنية والنفسية والإجتماعية .
- ٦ - الخدمات المساعدة التى قد تتطلبها عملية التأهيل كنفقات الإقامة أو الإنتقال أو توفير بعض الأجهزة التعويضية التى قد يحتاج إليها الفرد ... إلخ هذه الخدمات .

(سيد عبد الحميد مرسى ، ١٩٧٦ ، ٣٤٦ ، نازك عيسى عفيفى ١٩٩٣ ، ٣٨)

خطوات التأهيل الإجتماعى لمدمنى المخدرات :

إن المتتبع للكتابات التى تناولت دور الإخصائى الإجتماعى فى التأهيل يجد أنها تمتد لتشمل العديد من المراحل ، ودوره يبدأ وبالتوازي مع دور الأخصائى النفسى الاكلينيكى من خلال المحاور الآتية:

- أولاً : العمل مع أعضاء الفريق العلاجى وفق تنسيق كامل .
- ثانياً : العمل المهنى المتخصص : من خلال :
 - أ - التقييم الإجتماعى الشامل (وفق نموذج معد لذلك) .
 - ب - الإتصال بأسرة المدمن بشرط موافقته ، فإذا لم يوافق فى البداية أكد على ضرورة أن تشارك الزسرة (ويمكن أن يقوم بهذا الدور مع الإخصائى الإجتماعى باقى أفراد الفريق العلاجى) .
 - ج - تحديد العوامل والمشكلات المباشرة - وغير المباشرة - والتى يرى الأخصائى الإجتماعى - وباقى أعضاء الفريق العلاجى وكذا المريض / المدمن إنها قد تعوق استمرار تعافيه مثل :
 - ١ - موقف الأسرة من المريض / المدمن وهل موقفها تقبل ودعم أم رفض ونبذ؟
 - ٢ - نمط حياته اليومى والأساليب التى من خلالها يشغل وقت فراغه .
 - ٣ - العمل ، هل يوجد عمل ، وإذا كان يوجد عمل هل يواجه بعض الضغوط والعقبات التى تعوق استمراره فى هذا العمل ؟ أو هل هو مهدد بالفصل أو فصل فعلاً - وإذا كان الأمر كذلك فهل لديه خطة مستقبلية للإلتحاق بعمل أم أن ذلك ليس فى حيز تفكيره الآن ؟ وما هو العمل المناسب لقدراته الراهنة فى الوقت الراهن ؟
 - ٤ - تأثير شبكة العلاقات الإجتماعية على انتكاسته أو استمرار تعافيه .
 - ٥ - تحديد المواقف المؤدية إلى الإنتكاسة مع باقى أعضاء الفريق العلاجى وخاصة الإخصائى النفسى الاكلينيكى .
 - د - إعداد قائمة بالمشكلات التى تعوق استمرار التعافى ، وذلك يتطلب :
 - ١ - وضع خطط بعيدة المدى وأخرى قصيرة المدى لكل مشكلة .
 - ٢ - أن تراعى الخطط قصيرة المدى أن تنجز ويتم التعامل معها أثناء تواجد المدمن (الناقة) فى المستشفى .

٣ - حث المريض على المشاركة في كافة الأنشطة العلاجية داخل المستشفى
- أو المتابعة من خلال وحدة الرعاية اللاحقة After ، أو المجتمع
العلاجي therapeutic Community .

هـ - تقييم ما تم من نتائج - من خلال تدخلات أعضاء الفريق العلاجي
وتحديد أى المشاكل تم التعامل معها ، وأيهما لم يتم إحراز أى تقدم بشأنها
 وأسباب ذلك ، وتحديد الشخص الذى يمكن أن يقوم بالتدخل على
المستوى الفردى والجماعى مع ملاحظة الربط بين تلك القائمة وأهدافها
وتناسقها مع الخطط بعيدة وقصيرة المدى الخاصة بالمدمن / المريض .

و - الإستمرار فى متابعة المدمن (الناقة) من خلال التأكيد على المحاور
الآتية :

١ - أن يتفهم المريض / المدمن طبيعة المشكلات المترتبة على إدمانه ، وأنه
ليس من الممكن حل مشكلات سنوات طويلة خلال فترة قصيرة من الزمن وأن يتسم
بالصبر والتعامل العقلانى مع مشكلاته .

٢ - الحرص على الإتصال بأسرة المدمن / المريض من خلال المحاور
الآتية :

أ - تكوين علاقة مهنية معهم .
ب - أن يعمل على (تثقيف) أسرة المدمن / المريض ،نقل إطار معرفى إليهم
يتعلق بـ :

- ١ - شرح طبيعة الإدمان كمرض .
- ٢ - التعامل مع إنكار الأسرة .
- ٣ - الأدوار الجديدة فى الأسرة .
- ٤ - نمط الإدمان المصاحب .
- ٥ - تزويد الأسرة باجابات علمية عن استفسارتها والأسئلة التى تطرح من أى
عضو من أعضاء الأسرة .
- ٦ - تحديد مسؤوليات الأسرة فى تنفيذ ما يرتبط بها من أهداف بعيدة المدى
أو قصيرة المدى .
- ٧ - التأكيد على الأسرة أن تقوم بأدوارها خاصة التأكيد على حضور

(المدمنالناقة) جلسات التعافى من خلال ترده على وحدة العلاج الخارجى للمستشفى .

٨ - إتاحة الفرصة للأسرة لحضور جلسات العلاج النفسى الأسرى (وإن يتم ذلك وفق تكتيكات معينة) ويمكن أن يشارك أكثر من عضو من أعضاء الفريق العلاجى فى ذلك وخاصة الأخصائى النفسى الإكلينيكى والطب النفسى .

وما سبق من أدوار لأخصائى التأهيل الإجتماعى والنفسى قد أستند إلى أمرين :
الأول : خبرة الباحث فى هذا المجال ومن خلال التعاون مع باقى أعضاء الفريق العلاجى فى إنجاز كافة الخطوات السابقة .

الثانى : أنه على سبيل المثال قد ذكرت العديد من المراجع ديناميات الأسرة ، والأدوار التى يمكن أن تساهم من خلالها فى تأهيل المدمنين وخاصة ما أكد عليه سلفادور مينوشن Slvador Minuchin وجاى هالى Jay Haley (1980) حيث أن الإدمان قد يقود إلى عدم تكيف أعضاء الأسرة ، وخلل فى شبكة العلاقات والاتصالات الإجتماعية بين الأفراد (879 - 822 , David. J et al, 1991) بل يمكن إستخدام الأنساق الأسرية كمدخل علاجى .

(Thomas. C. T, 1991 , Payan, M, 1991 , Marc . G, 1994) أنظر كذلك (فتحى عبد الواحد أمين ، ١٩٨٩ ، سوسن عثمان عبد اللطيف ١٩٨٨ ، ص ص ١١ - ٤٠ ، مديحة مصطفى فتحى ، ١٩٨٨ ، ص ص ٢٣٣ - ٢٩٤)

التأهيل الإجتماعى النفسى فى المجتمع العلاجى :

أن فكرة المجتمعات العلاجية therapeutic Comminty يجد المتتبع لها بعض الدراسات وتخصيص بعض الفصول فى الكتابات الأجنبية والتى بدأت فكرتها من منطلق حقيقة أن الإدمان مزمن ويحتاج إلى وقت وجهد طويلين سواء من جانب المدمن أو أسرته أو حتى من جانب الفريق العلاجى ، وأن الأبحاث التى تناولت بالدراسة مثل هذه المجتمعات العلاجية قد أوضحت نجاحها فى تحقيق تغيير فى سلوكيات الشخص المتعاطى (سابقاً) كما سنشير لاحقاً .

ومن هنا جاءت فكرة المجتمعات العلاجية على أساس الإهتمام بالشخص المدمن أو المسرف فى تعاطى المواد المخدرة لأن المخدرة لأن التعاطى قد يكون عرض ضمن زملة من الأعراض التى تفصح عن أننا بصدد شخصية تورطت فى

تنمية ودعم نمط معقد من سوء التوافق محوره الإعتماد على مادة مخدرة
(لجنة المستشارين العلميين ، ١٩٩٢ : ٢٤٠)
ولسنا بصدد الحديث عن كيفية ظهور مثل هذه الفكرة ، وأين بدأت لكنها بدأت
تاريخياً في الولايات المتحدة وبدعم من المركز العلمى للمخدرات (NARA عام
١٩٦١ .

(How RD, A, 1999 p : 182 , 1961)

ومن خلال مجموعة من «اللاءات» إن جاز التعبير من حيث :

- لا للمخدرات .
- لا للمراوغة .
- لا لأى سلوك عنيف Violence
- لا لأى سرقات .
- لا للجنس .
- لا لأى وعود premission تقطعها على نفسك تجاه الآخرين , (Erich ,
G., 1999 , p : 358)

وإن العلاج يقوم على مجموعة من الأسس :

- العلاج البيونفسى إجتماعى Biopsychosocial
- مساعدة الشخص لنفسه .
- الانضمام إلى جماعات الدعم الذاتى A. N أو A. A.
- الانضمام إلى العلاج النفسى الجمعى .
- المحافظة على التعافى .
- تجنب أى علاقات أو سلوكيات قد تقود الشخص إلى الإنتكاسة .
- أن يكون للمدمن Responser أى (كفيل - إن جازت الترجمة) يصارخه
بأى مشاعر أو سلوكيات قد تقوده إلى الإنتكاسة .
- إتباع الاثنى عشرة خطوة Twelve steops لجماعات المدمن الكحولى
المجهول (A.A.) Methadone programs ودراسة تأثيراته وأهمية
إستخدامه لبعض الحالات وتحت ظروف معينة :

- التدريب على تعديل السلوك .
- الإهتمام بالوقاية الصحية والمحافظة على الصحة الجسمية .
- التعامل مع الحالات التي تعاني من الإيدز AIDS and HIV أو نقص المناعة المكتسبة Vocational rehabilitation
- إمكانية الإرشاد المهني Occupational Counselling من حيث الأخذ في الاعتبار إختيار الوظيفة الملائمة ووضع الشخص (المدمن السابق) والأحوال السائدة في سوق العمل .
- إمكانية التوجيه المهني Occupational guidance من حيث الموازنة بين ما يمتلكه الشخص من إمكانيات وقدرات إلى العمل الذي يتناسب وهذه القدرات التي يمتلكها المدمن (الناقة) في الوقت الراهن .
- إمكانية التدريب على وظائف مختارة trăning ووفقاً لحالة المدمن في الوقت الراهن .
- المتابعة والتقويم Evaluation

(أنظر : لجنة المستشارين العلميين ، ١٩٩٢ ، ٢٤٠ - ٢٥٠)

(Erich, G, 1999 pp : 358 - 380)

(Howard, A, 1999, pp : 171 - 203)

(Geore Deleon, 1999 pp : 395 - 430)

(فيكتور سامي ، ١٩٨٩ ، ١٥٧ - ١٦٠)

مآل الإعتماد : أثبتت الأبحاث الآتى :

- يوجد صعوبة بالغة في إعطاء صورة واضحة لمصير علاج الإدمان لأنها تتوقف على العديد من العوامل .
- وجدت بعض الدراسات أن حوالي ٧٠ - ٨٠٪ من المدمنين يتوقفون عن التردد لإستكمال العلاج التأهيلي والنفسى بعد خروجهم من المستشفى أو إختفاء الأعراض النفسية .
- إن المآل الجيد أو السيء يتوقف على العديد من العوامل وما إذا كان الإدمان اساسيا أم ثانويا .
- تدل الأبحاث الحديثة والمتابعة لإدمان الهيروين - كمثال : إن نسبة الوفاة

تتراوح بين ٣ - ٥ ٪ كل عام أى أن ١٥ ٪ من المرضى يموتون خلال ثلاث سنوات من الإدمان والبعض الآخر ينتهى بأمراض عقلية أو الإيداع فى السجون .

- إن ٤٧ ٪ من مدمنى الأفيون والهيروين قد فقط عن التعاطى بعد (٦) شهور ويحتمل أن يتعاطى الفرد مرة أو مرتين المواد أقاء المتابعة ولكنها تنتهى بنكسة أو إنتكاسة Relapes .

- من خلال متابعة (١٠٠) مدمن هيروين فى مصر وجد الآتى :

* - نسبة التوقف عن التعاطى بعد (٦) أشهر حوالى ٣٤ ٪ .

* ويبدو أن النسبة العالمية لمآل إدمان الهيروين هو الإنقطاع عن التعاطى فى الثلث وعدة نكسات واضطرابات فى العمل والتوقف أحيانا ثم العودة ثانيا فى الثلث الآخر ، أما الثلث الباقى فينتهى فى السجون أو مستشفيات الأمراض العقلية أو الوفاة .

(أحمد عكاشة ١٩٩٨ ، ص ٥٠٤)

مراجع الفصل

- ١ - أحمد عكاشة (١٩٩٨) ، الطب النفسي المعاصر ، مكتبة الانجلو المصرية .
- ٢ - محمد حسن غانم (٢٠٠٤) ، المدمنون وقضايا الإدمان ، الإسكندرية ، المكتبة المصرية .
- ٣ - محمد حسن غانم (٢٠٠٥ - أ) ، الإدمان : أضراره ، نظريات تفسيره .
علاجه ، القاهرة ، دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع .
- ٤ - محمد حسن غانم (٢٠٠٥ - ب) ، العلاج والتأهيل النفسي والاجتماعي
لمتعاطي المخدرات ، القاهرة ، مكتبة الانجلو المصرية .
- ٥ - محمد حسن غانم (٢٠٠٦) . دراسات ميدانية في الإدمان ، القاهرة . دار
غريب للطباعة والنشر والتوزيع .
- 6 - American psychiatric Association (1994) Diagnostic and
statistical manual of mental disorders (4th. ed.) washington.
D.C.

الفصل الثاني عشر

الإضطرابات الجنسية Sexual Disorders

متويات الفصل

- وبائيات الإضطرابات الجنسية.
- تعريف الجنس واضطراباته.
- شروط السواء الجنسي.
- الإضطرابات الجنسية في الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع.
- أسباب الإضطرابات الجنسية.
- علاج الإضطرابات الجنسية.
- مسار ومآل الإضطرابات الجنسية.

الإضطرابات الجنسية Sexual Disorders

وبائيات الإضطرابات الجنسية :

— بالطبع لا توجد بيانات إحصائية دقيقة أو شبه دقيقة يمكن أن توضح لنا الصورة عن قرب للإضطرابات الجنسية وذلك وفقاً للعديد من العوامل والأسباب أهمها سرية مثل هذه الإضطرابات في غالبية الأحوال وغيرها من العوامل .

— لكن فيما يتعلق — على سبيل المثال — بالعادة السرية أو الاستئناء وجد أن نسبة ممارسة الاستئناء بين طلبة الإعدادية حوالي ٢٩ ٪ ، وبين طلبة الثانوية ٣٧ ٪ وتصل النسبة بين طلبة الجامعة إلى ٦٦ ٪ وكذلك تنتشر العادة بين الفتيات ولكن بنسبة أقل من الرجال .

— وفيما يتعلق بإضطراب الاستجناس أو الجنسية المثلية وجد أن هذا الإضطراب ينتشر بين الرجال أكثر من النساء ، وهو أكثر شيوعاً في بعض الدول عن بعضها الآخر .

— تصل نسبة الاستجناس أو الجنسية المثلية في بريطانيا والولايات المتحدة على سبيل المثال من ١٨ — ٢٢ ٪ من مجموع كل الرجال .

— في حين قد تصل هذه النسبة في بعض الواحات المصرية إلى ٥٠ ٪ ، وعادة ما يقتصر الاستجناس في النساء على امرأة واحدة أي أنها لا تمارس الجنسية المثلية إلا مع طرف واحد . أما في الرجال فعادة ما يمارس الجنس مع عدة أشخاص .

— وفيما يتعلق ببعض الإضطرابات الأخرى الجنسية فلا توجد عنها بيانات دقيقة ، وإن من يعملن في مجال الدعارة ، أو حتى (المترددين) من الرجال عليهن لا توجد نسبة إحصائية دقيقة يمكن الإعتماد عليها في هذا الصدد .

(Kaplan, H. & sadock, B. 1996 ؛ أحمد عكاشة ، ١٩٩٨)

— كما يجب أخذ مدى السعادة الزوجية في الاعتبار إذ ذكر فرانك وزملاؤه في دراسة لهم على مئة من الأزواج المتعلمين تعليماً عالياً والذين ذكروا أنهم سعداء أن ٨٠ ٪ ذكروا أن علاقاتهم الجنسية الزوجية سعيدة ومرضية ، وعلى الرغم من ذلك فقد

ذكر ٤٠٪ من الرجال مشكلات تتعلق بالانتصاب أو القذف ، وذكرت أكثر من ٦٠٪ من النساء مشكلات تتعلق بالإثارة أو الإثباع .

(ب. دى سيلفا ، ٢٠٠٠ ، ٢٣٢)

— وقد قدرت بعض الدراسات أن مشكلة ضعف الانتصاب لدى الذكور تصل لحوالى ٥٠٪ من الرجال .

— فى حين وجدت بعض التقديرات المتحفظة أن اضطراب الانتصاب لدى الذكور قد يؤثر فيما يتراوح بين ٤٪ ، ٩٪ من مجموع السكان البالغين ، أو أن هذا الاضطراب يحدث لدى أقل من ١٪ من السكان الذكور قبل عمر ١٩ عاما وتزيد هذه النسبة لتصل إلى ٢٥٪ مع بلوغ ٧٥ عاما .

— وقد ذكر ماستر وجونسون بعض الحقائق الآتية

* ٥٠٪ من الرجال الذين يطلبون العلاج فى معهدهم يشكون من أعراض ثانوية (أى مكتسبة) لاضطراب الانتصاب .

* يشكو ٨٪ من أعراض أولية (أى معتمدة على مدى العمر) لاضطراب الانتصاب .

(اندرو . ميسلز ، ٢٠٠٢ ، ١٠٦ - ١٠٦)

— كما أن مثل هذه الاضطرابات وغيرها تعود إلى الكدر الزوجى .

(جيمس كوردوفا ، نيل جاكوبسون ، ٢٠٠٢ ، ص ص ١١٤٥ - ١٢٠٨)

وفى دراسة عن بعض أشكال السلوك الجنسى لدى عينة من طلبة الجامعة (الذكور) عددهم ١٨٢ من الريفيين والحضرين توصل طه المستكاوى إلى:

أ - فيما يتعلق بممارسة العادة السرية :

— ٩١٫٨٪ لديهم إتجاها سلبيا نحو العادة السرية .

— إن إتجاه الريفيين نحو العادة السرية كان أكثر سلبية من إتجاه الحضرين .

— إن الغالبية العظمى من عينة الدراسة (٩٥٫٦٪) ذكروا أنهم قد مارسوا العادة السرية مرة واحدة على الأقل طوال حياتهم .

— إن ٨٩٪ من عينة الدراسة ذكروا أنهم مارسوا العادة السرية خلال الأسبوع الأخير (أى قبل إجراء الدراسة) مرة واحدة على الأقل .

- لا توجد فروق دالة بين متوسطى عدد مرات ممارسة العادة السرية خلال الأسبوع الأخير بين مجموعتى الريفيين والحضرين .
- ب - النتائج الخاصة بممارسة الجنس مع مومسات :
 - ٦٣٫٧٪ من عينة الدراسة لديهم إتجاهها سلبيا نحو المومسات .
 - على الرغم من النظرة السلبية تجاه المومس إلا أنه يوجد قدر من التسامح تجاهها فى عينة الحضر مقارنة بعينة الريف .
 - ٩٣٫٤٪ من عينة الدراسة ذكروا أنهم لم يمارسوا الجنس مع مومسات .
 - ٦٫٦٪ ذكروا أنهم مارسوا الجنس مع المومسات .
 - لم تتجاوز مرات الممارسة مع المومس (ما بين مرة إلى ثلاث مرات) .
- ج - النتائج الخاصة بالجنسية المثلية :
 - إن ٩٩٫٥٪ من عينة الدراسة لديهم إتجاهها سلبيا نحو ممارسة الجنسية المثلية .
 - هناك تشابها كبيرا بين إتجاهات كلا من الريفيين والحضرين نحو الجنسية المثلية (وهى إتجاهات سلبية فى الغالب) .
 - ٧٦٫٩٪ من عينة الدراسة ذكرت أنها لم تمارس الجنسية المثلية ولو مرة واحدة على الأقل طوال حياتها .
 - ٢٣٫١٪ ذكروا أنهم مارسوا الجنسية المثلية مرة واحدة فى حياتهم .
 - ٧٨٫٦٪ من العينة ذكروا أن عدد مرات ممارستهم للجنسية المثلية ما بين مرة واحدة إلى ثلاث مرات طوال فترة حياتهم .
 - ٢١٫٤٪ ذكروا أنهم مارسوا الجنسية المثلية ما بين أربع مرات إلى ثمانى مرات طوال حياتهم .
- د - النتائج الخاصة بممارسة الجنس مع الحيوانات :
 - ٩٦٫٧٪ من عينة الدراسة لديها إتجاهها سلبيا نحو ممارسة الجنس مع الحيوانات .
 - إن الإتجاه الأكثر سلبية نحو ممارسة الجنس مع الحيوانات كان فى عينة الريف أكثر من عينة المدن .

- ٣٧٥٪ من عينة الدراسة ذكروا أنهم لم يمارسوا الجنس مع حيوانات .
 - ٧٢٤٪ من عينة الدراسة ذكروا أنهم مارسوا الجنس مع الحيوانات لمرة واحدة .
 - ٦٠٪ من عينة الدراسة ذكروا أنهم مارسوا الجنس مع الحيوانات من مرة إلى مرتان فقط .
 - ٧٤٨٦٪ من أفراد العينة ذكروا أنهم مارسوا هذا السلوك ما بين مرة واحدة إلى أربع مرات .
 - ذكر الذين مارسوا الجنس مع الحيوانات أنها تمت بدافع التجريب ، وتفرغ للطاقة الجنسية في مرحلة المراهقة (تحدياً) .
 - بمقارنة نتائج مجموعتي الريفيين والحضرين ، كانت نسبة من مارس هذا السلوك من الريفيين ٣٧٤٪ وهي نسبة أعلى ويشكل دال إحصائياً عند مستوى ٠٠١ من نسبة الحضرين والتي بلغت ١٢١٪ .
- (طه أحمد المستكاوي ، ٢٠٠٦)
- مع الأخذ في الاعتبار أننا قد أوردنا (بعض من نتائج هذه الدراسة) كالآتي:
- أ - إنها دراسة حديثة (٢٠٠٦) .
 - ب - أجريت على قطاع من طلاب كلية الآداب - جامعة أسيوط (من أقسام التاريخ - علم النفس - الفلسفة - اللغة العربية) .
 - ج - إنها قد أعطت مؤشرات - صادقة إلى حدا ما - عن أزمة الجنس في مرحلة المراهقة (خاصة مع الفضائيات والكليبات وغيرها من مواقع الأثارة والتي غزت منازلنا) .
 - د - إن الدراسة قد أقتحمت هذا (التابو) المحرم في المجتمع حيث أن الحديث (في الجنس وعن الجنس ، من الخطايا التي لا تفتقر) .
 - هـ - إن النتائج بصفة عامة تعطي فكرة عن (وبائيات الإضطرابات الجنسية) في المجتمع المصري وفي قطاع هام منه (قطاع الذكور) .
- (محمد حسن غانم ، ٢٠٠٦)

تعريف الجنس : Sexuality

تتعدد التعريفات التي قدمت لمفهوم الجنس إلا أن الشيء الثابت أن اسهامات التحليل النفسى فى موضوع الجنس قد فتحت الأعين والآذان إلى محاولة فهم طبيعة الجنس وإقرار حقيقة أن الحياة الجنسية لا تبدأ عند البلوغ بل تبدأ مع الميلاد ، وقد أكد هذا الإكتتاب كنسبى Kinsy ومعانوه .

(مصطفى زيور ، ١٩٧٥ ، ٢١٥ - ٢١٧)

ولذا فقد أحسنت موسوعة علم النفس والتحليل النفسى حين قام مؤلفوها بتقديم العديد من المفاهيم حول مفهوم الجنس : جنسية مثلية Homosexuality و جنسية طفلية Infanti Ieseyualit ، و جنسية حيوانية Sooer asty و جنسية غيرية Heterosexul و جنسية ذاتية A utosexuality وغيرها من صور الجنسية

(فرج طه وآخرون ، ١٩٩٣ ، ٢٨١ - ٢٨٥)

ولذا فإن الإضطرابات الجنسية تعنى الحصول على اللذة بطرق غير المعتادة أو المألوفة مثل الجنسية الطمية أو الشرجية أو غيرها من صور الانحرافات التى سنشير إليها فى ثانيا هذا الفصل .

وقد خلق الله الجنس من أجل إعمار الأرض وتحقيق الخلود للفرد . وأن ، الذى خلف مامتش ، ، ولا يمنع ذلك من تحقيق المتعة فى الممارسة ، ومع موضوع يحبه الشخص ، أى أن الغريزة الجنسية لم تخلق كمتعة فى ذاتها ، بل هى وسيلة لحفظ النوع ، إذ تتفرع عنها ثلاث غرائز فرعية :

- أ - غريزة خاصة بالشهوة بين الرجل والمرأة .
- ب - عاطفة نفسية متبادلة بين الرجل والمرأة .
- ج - الحب العائلى الذى يربط بين الزوجين والأولاد (غريزة الأمومة / غريزة الأبوة) .

ولكى يتحقق السواء الجنسى لابد من توافر الشروط الآتية :

أ ظهور الغريزة الجنسية لدى كل من الرجل والمرأة ، صحيح أن معالم الجنس توجد وتحديدا منذ فترة البلوغ أو المراهقة حيث يظهر - تلقائيا - الميل إلى الجنس التالى .

ب - الاختيار الحر بين الطرفين ، حين يختار الرجل المرأة ، والعكس فيما يتعلق بالمرأة : (إذ اختارك وزنت فى نفس الوقت تختارينى) .

ج - أن يكون الجنس محققاً للمتعة لكلا الطرفين ، هذا يتوقف على العديد من العوامل أهمها : مراعاة ظروف كل طرف لظروف الطرف الآخر ، حتى لا تتحول الممارسة إلى قهر أو عدم مراعاة البعد الإنساني . وهذا يذكرنا بالعديد من الشكاوى التي تقدم في المجتمع الغربي من خلال اتهام السيدة بأن زوجها يغتصبها إذا واقعها دون رضاها أو استعدادها النفسي لذلك .

د - أن يكون الجنس مع نفس الشخص (أى عامل التكرار) وعدم لرغبة في التغيير أو تجريب الممارسة مع شخص آخر .

هـ - أن تستمر العلاقة عقب نهاية الفعل الجنسي .

و - أن يكون الهدف من الجنس الإنسال (أى الإنجاب) ولا مانع من تحقيق المتعة .

ط - أن تكون هناك مداعبة (وتسخين) قبل الممارسة أى أن يكون الطرفين مهئان نفسياً وفسولوجياً لذلك .

ظ - أن تتم الممارسة بصورة طبيعية (أى فى الأماكن المخصصة لذلك)

ع - أن يحرص كل طرف على الوصول بالذروة بالنسبة للطرف الآخر ، ومراعاة ذلك تماماً .

غ - أن يعبر كل طرف عن إمتنانه وشكره وتقديره للطرف الآخر .

ف - أن يتم كل ذلك فى جو حالم ورومانسى ، وأن تكون الظروف - الفيزيائية والنفسية - مهية لذلك حتى تتم بلا إزعاج .

الاضطرابات الجنسية فى الدليل التشخيصى والإحصائى الرابع :

يصنف الاضطراب الجنسى فى أربع فئات هى :

أولاً : إختلال الوظائف الجنسية : Sexual Dysfunctions

وينقسم إلى :

١ - اضطرابات الرغبة الجنسية Sexual Desire Disorders

وتشمل نوعين من الاضطرابات هى :

أ - اضطراب نقص الرغبة الجنسية .

محكات تشخيصها :

١ - تكرار غياب الرغبة الممارسة الجنسية ، مع ضرورة أن يتم التشخيص

من قبل إكلينيكي مع ضرورة الأخذ في الاعتبار عوامل العمر / الحالة الصحية / أو أمراض قد أصيب بها.

٢ - إن هذا الإضطراب يسبب أسي ملحوظ لدى الشخص فضلاً عن حدوث صعوبات مع الشريك .

٣ - لا يرجع هذا الإضطراب إلى التأثيرات الفسيولوجية المباشرة للمادة المؤثرة نفسياً أو لا يكون نتيجة لحالة طبية عامة .

ب - إضطراب تجنب اللقاء الجنسي :

محكات التشخيص :

١ - تجنب ثابت ومتكرر للدخول في علاقات جنسية مع شريك الحياة .

٢ - يسبب الإضطراب أسي ملحوظ .

٣ - لا يفسر هذا الإضطراب في حالة وجود إضطراب عقلي آخر على المحور الأول مثل الإكتئاب .

٢ - إضطرابات الإثارة الجنسية : Sezual Arousal Disorders

وينقسم إلى :

أ - إضطراب الإثارة الجنسية لدى الأنثى :

محكات التشخيص :

١ - الفشل المتكرر في الوصول إلى الإثارة الجنسية - كلياً أو جزئياً - أثناء العملية الجنسية .

٢ - يسبب هذا الإضطراب حزن وآسي ملحوظ ، إضافة إلى وجود صعوبات مع الشريك .

٣ - لا يرجع هذا الإضطراب إلى التأثيرات الفسيولوجية المباشرة لإستخدام عقاقير أو أدوية نفسية .

ب - إضطراب الإثارة الجنسية لدى الذكور (إضطرابات الإنتصاب) .

محكات التشخيص :

١ - الفشل المتكرر والمستمر والثابت في إنتصاب العضو الذكري بشكل جزئي أو كلي حتى إتمام العملية الجنسية لى نهايتها .

٢ - هذا الإضطراب يسبب آسي وحزن وصعوبة في العلاقات الشخصية

المتبادلة

٣ - لا يرجع هذا الإضطراب إلى تأثيرات فسيولوجية مباشرة للمادة المؤثرة نفسياً ، ولا يكون نتيجة لحالة طبية عامة .

٣ - إضطرابات الذروة (أو الوصول إلى قمة النشوة) الجنسية :

Orgasmic Disorders

ويشمل الإضطرابات الآتية :

أ - إضطرابات الذروة الجنسية لدى الأنثى :

معايير التشخيص :

١ - تأخير أو غياب ثابت ومتكررة للذروة الجنسية لدى الأنثى بعد إثارة جنسية طبيعية أثناء الممارسة الجنسية .

٢ - يسبب هذا الإضطراب آسى وصعوبة فى العلاقات الإنسانية المتبادلة مع الطرف الآخر (الزوج) .

٣ - لا يرجع هذا الرضطراب إلى التأثيرات الفسيولوجية المباشرة للمادة النفسية ولا يكون نتيجة لحالة طبية عامة .

ب - إضطرابات الذروة الجنسية لدى الذكر :

معايير التشخيص :

١ - تأخير أو غياب الذروة الجنسية المتكررة أو المستمرة لدى الذكر بعد مرحلة الإثارة الجنسية الطبيعية خلال الممارسة الجنسية .

٢ - يسبب هذا الإضطراب آسى وصعوبة فى العلاقات المتبادلة .

٣ - لا يرجع هذا الإضطراب إلى التأثير الفسيولوجية المباشرة للمادة المؤثرة نفسياً أو نتيجة إضطراب نفسى آخر فى المحور الأول مثل الإكتئاب .

ج - سرعة القذف Premature Ejaculation

معايير التشخيص :

١ - قذف سريع متكرر بعد الإثارة الجنسية أو قبل حدوثها (أما قبل الإبلاج أو بعده) ولذلك يأخذ العديد من العوامل فى الإعتبار : السن / الأمراض ... الخ .

٢ - يسبب هذا الإضطراب آسى ملحوظ وينعكس فى العلاقات الشخصية مع الطرف الآخر .

٣ - لا ترجع سرعة القذف إلى التأثيرات الفسيولوجية المباشرة للمواد المؤثرة نفسياً .

٤ - اضطرابات الألم الجنسية : Sexual Pain Disorders

ويتضمن فئتين هما :

أ - ألم الإتصال الجنسي Dyspareunia

محكات التشخيص :

- ١ - وجود ألم تناسلي متكرر في العضو التناسلي (لدى الجنسين) أما قبل أو أثناء أو حتى بعد الممارسة الجنسية .
- ٢ - يسبب هذا الإضطراب آسى واضح وإضطراب فى العلاقة بالطرف الآخر .

٣ - لا يرجع هذا الإضطراب إلى التهاب المهبل أو إنقباض المهبل أو نقص فى الإفرازات التى تساعد على عملية الإبلاج ، كما لا يرجع إلى التأثيرات الفسيولوجية المباشرة للمواد المؤثرة نفسيا ولا يكون نتيجة حالة طبية عامة .

ب - التقلص المهبلى : Vaginismus

محكات التخيص :

- ١ - وجود تقلص لا إرادى متكرر فى عضلات الثالث الخارجى للمهبل والذى يكون عائقا أمام عملية الإبلاج .
- ٢ - يسبب هذا الإضطراب آسى ملحوظ وإضطراب فى العلاقة بالطرف الآخر .
- ٣ - لا يرجع هذا الإضطراب إلى التأثيرات الفسيولوجية المباشرة للمادة المؤثرة نفسيا ، كما لا يرجع لإضطراب عقلى آخر فى المحور الأول مثل وجود اضطرابات بدنية .

ثانيا : الشذوذ الجنسي : Paraphilias

وتشتمل تلك الفئة الرضطرابات الجنسية الآتية :

- ١ - الإستعرائية Exhibitionism
- ٢ - الفيتيشية Fatishism
- ٣ - الإحتكاك Frottevisim
- ٤ - الولع بالأطفال Pedophilia
- ٥ - المازوخية الجنسية Sexual Masichism

- ٦ - السادية الجنسية Sexual Aadism
- ٧ - التبصص Voyeurism
- ٨ - الفيتيشية الشاذة في الملابس : معايير التشخيص
- أ - وجود نزعات جنسية أو خيالات جنسية شديدة ومتكررة لمدة لا تقل عن ٦ شهور تتضمن إرتداء ملابس الإناث لحصول على الإثارة الجنسية .
- ب - تسبب تلك النزعات أو الخيالات آسى دالا إكلينيكيًا وإضطراب في العلاقات الإجتماعية والمرضية مع الآخرين .
- ٩ - الشذوذ الجنسي غير المصنف في مكان آخر Paraphilia مثل :
- أ - ممارسة الجنس من خلال الهاتف Telophone Scatalogia
- ب - شذوذ إشتهاء الموتى Necrophilia
- ج - شذوذ الولع بالبراز Coprophilia
- د - شذوذ الولع بالحيوانات Zoophilia
- هـ - شذوذ الولع بجزء من الجسم Partializm
- و - شذوذ الولع بالحقن الشرجية enemas-Klisma philia
- ط - شذوذ الولع بالبول Urophilia
- (APA. , 2000)

الإنحرافات الجنسية بين الشباب في مصر من واقع نتائج بعض الدراسات الميدانية حيث تأخذ الإنحرافات الجنسية الأشكال الآتية :

- ١ - الجنسية المثلية (الواط) .
- ٢ - الجنسية الغيرية (الزنا) .
- ٣ - الإغتصاب .
- ٤ - البغاء والدعارة .
- ٥ - ممارسة الجنس مع الحيوانات .
- ٦ - ممارسة الجنس مع الأطفال .
- ٧ - نكاح المحارم .
- ٨ - نكاح الموتى .

- ٩ - الإستعراضية .
- ١٠ - الفيتيشية .
- ١١ - الماسوكية .
- ١٢ - السادية .
- ١٣ - هوس الجنس .
- ١٤ - أستراق (إختلاس) النظر والإحتكاكات الجنسية .
- ١٥ - عشق ملابس الجنس الآخر .
- ١٦ - الاستئماء .

(من خلال محمد نجيب الصبوه ، ٢٠٠١ ، ص ٧٦)
لكن هناك العديد من الإنحرافات سنعرض لبعض حالاتها .

أ - الفيتيشية

حيث يكون الجنس هنا غير مرتبط بالشخص وإنما بجزء من المتعلقات الشخصية الذي يمتلكه الشخص . بمعنى أن الشخص المصاب بهذا الإنحراف يسعى جاهدا إلى سرقة جزء من ملابس المرأة ، وإن هذا الجزء يثيره ويوصله إلى قمة النشوة وكأنه بالفعل يمارس الجنس ممارسة كاملة (مع من سرق جزءا من ملابسها) .

والتراث السيكولوجي الغربى مليئ بذكر العديد من هذه الحالات :

* مثلا شاب منحرف كان فى الخامسة عشرة من عمره لا يشعر إلا باللذة من خلال متابعة أو سرقة ، أحذية النساء ، لدرجة أنه قد وصل إلى قمة اللذة حين كا يسير وراء إحدى السيدات معجبا فقط بحذائها ، وحين رفعت السيدة قدميها فى إحدى المنحنيات لتنظيف الحذاء جن جنونه ، ولم يتمالك نفسه فخطف منها الحذاء ، وأنزوى به جانبا وأخذ يمارس العادة السرية .

* شاب أخذ يتتبع سيدة ليلا وحين تلفت يمنة ويسره ولم يجد أى شئ ، أنقض على السيدة ، ظنت أنه يريد إغتصابها ، خاصة بعد أن شل حركتها وأوقعها أرضا ولكنها فوجئت به فقط سلبها ، جوربها ، وبأخذه ويعود ركضا تاركا إياها فى بحيرة من الذهول .

* شاب لا يعنيه فقط الا سرقة ، الكورسيهات والسوتيانات ، ولذا يتحين أى فرصة لممارسة هذه الهواية سواء بالسرقة من أحبال الغسيل ، أو سرقتها من المحلات

التي تبيع الملابس الداخلية للسيدات والفتيات .

إلا أن هذا الإضطراب لا يصيب فقط الرجال ولكن أيضا السيدات :

- امرأة متزوجة كانت تحرص على « نسل » الأقلام من جيوب الرجال وتخفيها بسرعة بين طيات ملابسها .

- امرأة متزوجة كانت تسرق الدمى من المحلات وقد قبض عليها أكثر من مرة لدرجة أنها قد أعترفت لزوجها أن دولابها الخاص وأسفل السرير مليئى بالدمى ، وأنها لا تعرف لماذا تفعل ذلك ، إلا أنها تشعر « باللذة والمتعة الجنسية » حين تفعل ذلك .

- فتاة لا تجد متعة إلا فى سرقة « كوفيات » الرجال وتخفيها بين طيات صدرها أو فى « الكورسية » الخاص بها .

وهكذا تتعدد حالات « الفيتيشية » أو الأثرية حيث التعلق الجنسى بالأشياء التي يستخدمها الجنس الآخر ممثلا فى أى « أثر » له .

ب - المازوخية

وتكون المتعة هنا أن يعذبها الشخص (قبل الممارسة) فإذا « أنهك » جسدها ، وبدءت الدماء تفور فى أماكن مختلفة من جسدها ، وأضحت كالخرقة البالية هنا فقط تستطيع أن تندمج فى الممارسة الجنسية وتشعر باللذة .

- ومن الغريب أننا نجد العديد من الأمثال الشعبية تؤيد ذلك مثل :

* ضرب الحبيب زى أكل الزبيب .

فإن أثار الناس ضد هذه المرأة وكيف تتحمل كل هذا الأذى والهوان ترد

قائلة:

* أنا زى القطعة أحب خناقى .

والأمثلة كثيرة على ذلك ونجدها أكثر ذكرا فى التراث الغربى ، وأحيانا شذرات لبعض الحالات هنا فى بلادنا العربية ، لكن لا يمنع ذلك من وجود هذا الانحراف ، خاصة مع أساليب التربية التي تحرض الرجل على الفعل والأنثى على تلقى ردود الفعل وفى صمت ، وأن المرأة « المؤدبة » هي التي تصمت وتبلع إهاناتها خاصة من زوجها ومع التكرار يصبح « الضرب والإهانة وأهدار الكرامة » سلوكا لا تشكو منه المرأة .

- زوج يشكو من أن زوجته - فى لحظات الغرام والنشوة - تطلب منه راجية

أى يقول لها كلام ، قدر ، قبل الممارسة فإذا تجرء وتحامل على نفسه وقال لها كلمة .. تقول فى نشوه : الله .. وتطالبه بالمزيد .

- زوجة طلقها زوجها لأنها كانت تريد منه قبل الممارسة أن ينهال عليها ضرباً وتكون قد أعدت له خيزرانة لها شروط معينة ، فعل ذلك عدة مرات من باب المجاملة - كما قال - لكنه بعد ذلك وجد أن الموضوع لا تلوح له نهاية فى الأفق ، خاصة وأنه يعيش فى منطقة شعبية ، وأن الضرب وتأوهات الزوجة يثير إستطلاع الجيران ، حاول أن يكف عن ذلك ، وحين كانت الزوجة تصر ، على ذلك ، أكتشف عن ثقة أن الأمر لا بد أن يكون به شذوذاً ، وأنه لو تمادى فى ذلك فسوف يكون منحرفاً ، معها وفى نفس الخندق . والمشكلة ماذا يفعل ولديهما طفل ؟

ج - السادسة

على العكس هنا فالرجل لا يشعر بالمتعة - وربما السيدة - إلا إذا أوقع العذاب بالطرف الآخر ، فإذا تفجرت الدماء ، وبدء كخرقة بالية هنا يترك آلة التعذيب وينخرط فى متعة الممارسة .

وهذا الإنحراف - تاريخياً - يعود إلى الكونت دى ساد ، ذلك الرجل الفرنسى والذي كان يلذ له أن يرى الدماء تسيل من ضحاياه ، وعلى مشهد الدماء وإيقاعها تكون الممارسة والإشباع الجنسى .

- وإذا كان هذا الإنحراف ينسب إلى المركيز دى ساد إلا أن جذورة فى النفس الإنسانية أكثر عمقاً من ذلك .

- وليس فقط التعذيب بل أحيانا يكون قتل المحبوب سبباً فى التخلص منه .

واليكم بعض الحالات التى سجلها التاريخ :

- حدث للكونت دى فرانس خلال حكم نابليون الثالث ، وكان رجل متزوجاً من ماركيزة صاحبة جمال وثروة ، أن تعرف على فتاة متعلمة ، فجعلها سكرتيرة له ، ثم ذهب معها شوطاً فى طريق الغرام ، ولما أكتشفت الزوجة هذه العلاقة قطعت الصلة بينهما ، فاغتازت الخيلة ، وأحضرت مسدساً وانتظرت فى أحد الأمسيات وكان الرجل عائداً مع زوجته إلى داره ، وكانت الفتاة تختفى بين أشجار الحديقة ، فلما ظهر شبحه برزت له وكانت تقف من خلفه ونادته باسمه فالتفت لها فصوبت إلى قلبه مسدسها ، وأطلقت عليه ست رصاصات ولما حاولت زوجته أن تلقى بنفسها أمامه لتحول بينه وبين القتل قائلة لها : أقتلنى أنا وأتركه حتى أوقفت إطلاق النار خشية

أن تصاب زوجته وأزاحتها من على زوجها ، واستمرت في إطلاق النار حتى أجهزت عليه والغريب أن الأطباء قد وجدوا أن الست طلقات قد أصابت القلب في مقتل ، وحين سألها القضاة عن ذلك قالت : لأننى أحبه ، وحبته قد تمكن من قلبى ، وحين سار وراء زوجته مقررًا إنهاء العلاقة التى كانت بيننا أردت أن أحرق قلبه مثلما حرق قلبى . وقد كان ، وحين سألوها عن السر فى عدم قتل زوجته قالت : ليس لها من ذنب أنها حذرتة لكنه كان باستطاعته أن يستمر معى ، لكنه جبان وأطاع زوجته ، وابتعد عنى تاركًا كل نار العالم تنهشنى فأردت أن أقتله حتى أنفك من أسر هذا العذاب الرابض بداخلى .

- قصة أخرى - من الواقع الفرنسى وتراثه - عن امرأة كانت تحب أحد النبلاء ، وعشقتة إلى درجة لا يمكن وصفها ، وكانت مستسلمة له ولكافة نزواته ، وتعلقت به أكثر لأنه كان يحب العنف قبل الممارسة ، وكانت هى من النوع الذى يحب تلقى الإساءة والإيذاء والعنف ، فلما علمت أنه يخونها مع فتاة أخرى لم تتحمل ذلك ، وانتظرت إلى أن نام ثم استلت (شفرة حلاقة) أو موس وقطعت جزءًا معينًا من جسده وأخذته وفرت هاربة ، ولما سيقّت إلى المحاكمة وقفت فى قفص الاتهام تبرر تصرفاتها بأن الرجل قد غدر بها ، لعب على عواطفها وعقلها فأرادت أن يكون لها بمفردها ، وأن تنقذ بنات جنسها من غدره ، لأنه « رائع » فى عذابه ، وهى تريد أن تحتفظ بهذه الروعة لنفسها .

- وقد تصل الانحرافات الجنسية إلى إتفاق الرجل وزوجته فى الميول السادية ومن هذه القصص قصة امرأة متزوجة عاشت مع زوجها ، وكانت فائقة الجمال ، فاتفقت مع زوجها أن تستدرج الرجال من أصحاب المتعة الرخيصة إلى شقتها وأن تهئ الجو ، وحين يكون الرجل الآخر فى وضع جنسى ، يفاجئها الزوج وهى مع « الغريب » فى وضع جنسى شاذ ، ثم تكون المتعة لكلا الطرفين هو مشاهدة اعراض الخوف والفرع والاستلذاذ بذلك ، وبعد أن « يجمد » دم « الغريب » تصل متعتها إلى طرده إلى الشارع وهو عارياً تماماً وحين قبض البوليس على أحد الشباب العارى وتم إستجوابه ، أتضح حقيقة القصة ، وأنه ليس الرجل الوحيد الذى يخرج عارياً هكذا بل سبقه عشرات من الرجال .

د - تحول الزنى

وهو إنحراف جنسى لا تتحقق الإثارة فيه ، ولا تتحقق النشوة إلا بارتداء ملابس الجنس الآخر ، وهكذا قد يفعل بعض الرجال ذلك ، وقد تفعل السيدات ذلك .

واليكم بعض الحالات كما صرح بها أصحابها ولسانهم :

- أبلغ من العمر ٢٣ عاماً متزوج ولدى بنت وولد .. زوجتى سيدة محترمة تخشى الله فى كل تصرفاتها ، تزوجنا عن حب شديد ، قصة كفاح طويلة من أجل بناء عشنا الصغير ، مشكلتى هى أننى أصبحت مدمنا لإرتداء قمصان نوم زوجتى وكل ملابسها الداخلية قطعة قطعة ، بل كثيراً ما أستمتع بأن أضع المكياج كامل أيضا بل وصل الأمر إلا أن عرفت زوجتى ذلك ، وأصبحت متعتى إلا أمارس الجنس مع زوجتى إلا إذا كنت مرتديا لقميص نوم زوجتى مما أدى بزواجى إلى أن تقول لى : أنها لا تحترمنى .

- حالة أخرى لشاب صعيدى ذهب بنفسه إلى قسم الأمراض النفسية بالقصر العينى شاكياً من أنه يرتدى ملابس زوجته ليلاً ، لدرجة أنه يشعر بطغيان أنوثته على رجولته ، ويقف أما المرأة بالساعات - أكثر من زوجته - واضعاً الإكسسوارات والمكياج ويتجول فى شقته ليلاً وهو هكذا . وزوجته هى الأخرى يذكر أنها لا تحترمه وماذا يفعل إذا كان يشعر أنه فى أعماقه أنثى ، وأن لذته الجنسية والشخصية يجدها من خلال ارتدائه الملابس الزوجة / الأنثى ، بل تصل لذته إلى القمة وهو مستغرق فى ممارسة العادة السرية وهو مازال مرتدياً للملابس الأنثوية .

- شاب كان يميل إلى إرتداء الملابس الحريرية النسائية ، ويصف شعره فى أناقة ودقة ، وكان دائماً ما يتخيل امرأة بمواصفات معينة وقريبة من الرجولة ، كان يميل للسيدة التى فى أرجلها شعيرات نامية أو لها شارب صغير ، وبالطبع فإن هؤلاء النسوة أما مطلقات ، أو أرامل أو كبار السن .

- على العكس امرأة كانت تشعر باللذة وهى ترتدى صديرى زوجها - الفلاح - وسرواله . وحين كان يتعجب زوجها منها تقول له مبررة هذا الموقف : إنها تشعر فى أعماقها إنها رجل ومن ظهر رجل ، وكانت تأخذ دائماً المبادرات الأولى فى الممارسة الجنسية .

هـ - التعرى

وهو إنحراف جنسى ، يهدف من خلاله الشخص إلى الكشف عن أعضائه الجنسية أمام المرأة وحين تفرع يشعر باللذة والنشوة ويكفيه ذلك . وقد يحدث العكس .

- ولذا فإن التعرى قد يكون إرتداداً لمرحلة الطفولة ، تلك المرحلة التى يحب من خلالها الصغار التعرى أو الوقوف عرايا ، والرقص عرايا قبل الذهاب إلى الفراش ، كما أنه عودة إلى البدائية الأولى عندما ولد الإنسان دون ملابس وصور التعرى تكون

واضحة على « البلاجات » ، كما أن هناك العديد من الأشخاص الذين يحبون التعرى ويحبون أن يعيشوا هكذا كما ولدتهم أمهاتهم .

— والتعرى نوع من الساذم أو القسوة الجنسية حيث يتلذذ المريض فى تعذيب المرأة وترويعها من خلال الظهور المفاجئ أمامها — هكذا — عاريا »

— ومثل هذا النوع من الإنحراف قد يدخل صاحبه فى العديد من الاستشكالات ، حيث يمكن للسيدة أن تسبب فضيحة ، ويمكن أن تستدعى له البوليس ، ويمكن أن يتدخل أنصار الكرامة والخير فى تلقين هذا الشخص درسا لن ينساه ويمكن أيضا لسيدة أخرى أن تضحك وتواصل السير .

واليك بعض الحالات الواقعية :

— شاب فى التاسعة عشرة من عمره ، يعمل خادماً بأحد البيوت ومصاب بمرض التعرى إذ كان ينتهز فرصة وجود سيده مواجهة له فيتعرى أمامها مدعياً أن العرى محض صدفة ، فكانت تتركه وتذهب إلى مكان آخر ، حتى تأكدت أن عريه مقصوداً وهنا كان قرارها الطرد له . وقد تكرر ذلك فى أكثر من منزل حتى شاهده صاحب أحد البيوت التى كان يعمل فيها فأنهال عليه ضرباً واستدعى له البوليس .

— طالب جامعى قد تم فصله لأنه كان ينتهز فرصة إنفراد بعض الطالبات وحدهن ويتعرى أمامهن . وقد حدث أن شاهده مصادفة أحد الأساتذة فرفع أمره إلى إدارة الجامعة وفصل ، وكان يسير مرة فى الطريق العام فواجهته فتاة فى ريعان الشباب وكان الشارع مزدحماً ، إلا أن ذلك لم يمنعه من أن يعرى نفسه ورغم ذلك وقف فى الشارع يمارس العادة السرية ناهيك عن الركل والصفع الذى ناله من الآخرين و « الجر » إلى قسم الشرطة وقد ذكر أنه كان يشعر باللذة القسوى حين كان « يختبئ » ليلاً بين الأشجار ثم يظهر فجأة لسيدة أو فتاة وهو عارياً للجزء التناسلى وأن اللذة كل اللذة حين تأخذ السيدة فى الصباح ويرى علامات الرعب مجسدة فى وجهها ، أما إذا نظرت إلى « الأمر » بلا مبالاة فأن ذلك كان يؤد شهوته .

و — تحول الجنس

وفى هذه الحالات ينتمى الشخص إلى جنس إلا أنه « يحن وينتمى » للجنس الآخر ولذا يصبح جسده غريباً عنه ، وتصبح نفسه غريبة عن جسدها ، لديه جسد رجل إلا أنه يشعر فى داخله أنه امرأة . أو العكس ، وطبعاً ممكن أن نجد ذلك عند النساء امرأة جسدها امرأة لكنها فى داخلها تشعر أنها رجل ، لذا لا يثيرها جنسياً

رجل ، لأنها فى داخلها تشعر أنها رجل .

- ولعل أشهر حالات التحول الجنسى حالة سالى التى كانت سيد حيث بلغ الثلاث والعشرون عاما وكان منتظما فى طب بنين الأزهر وتم فصله عام ١٩٨٨ ، حيث كان يذهب إلى الكلية مرتديا ملابس النساء ومتحليا بالعديد من الإكسسوارات ، وواضعا الروج والمكياج ، وقد فجرت هذه القضية وأثارة الرأى العام ولعدة سنوات ، حيث أجرى عملية جراحية وتحول من سيد ، إلى سالى ، وهنا رفضته الكلية لأن الأزهر - كما هو معروف - به كليتين أحدهما للذكور والأخرى للإناث ، وقد قررت نقابة الأطباء فى شتاء ١٩٨٩ بتحريم مثل هذه العمليات إلا أنها عدلت عن قرارها - بعد ذلك - ووافقت على إجراء مثل هذه العمليات (تحويل الجنس) بشرط أن يتقدم طبيب نفسى وجراح تجميل إلى لجنة نقابة خاصة مكونة من عديد من مختلف التخصصات للموافقة على إجراء العملية الجراحية .

- ومن ساعتها وقد هدأت الأمور ، إلا أننا لا ننكر أن حالة سالى (سيد سابقا) قد فجرت وأظهرت إلى سطح الرأى العام العديد من المشاكل التى ما كانت لتظهر لولا أن ظهرت هذه الحالة وأثارة ما أثارت من قضايا وإستشكالات .

- وهذه حالة ثانية نعرض لها للتحول الجنسى ذكر من مواليد ١٩٧٣ ، أكدت والدته أن أعضاء الذكورة لدى ابنها ضامرة وأعضاء الأنوثة واضحة ، وأن جسده أقرب للأنثى ، وأن الأشعة فوق الصوتية ، أكدت وجود رحم ومبيض أسفل البطن ، وقد قام ثلاثة من الأساتذة الطب النفسى ، الغدد ، جراحة التجميل بتحويل أوراق هذا الشاب إلى مصلحة الطب الشرعى ، وقد ذهب بالفعل - هذا الفتى سابقا - وهو يرتدى فستان قصير ، وشعره طويل ومكياج أنثوى كامل ، وجاء تقرير الطب الشرعى ليؤكد الحقائق السابقة إضافة إلى أن جسده خالى من الشعر ، وأن صوته (يتمايع) بين الذكر والأنثى ، وأحباله الصوتية تبدو أطول نسبيا من الأحبال الصوتية للأنثى ، وأن عملية إجراء التحول إلى أنثى يجب أن تتم بعد فشل كافة الوسائل العلاجية والطبية والنفسية فى إبقاءه كذكر ، كما كان يرتدى ملابس نسائية / داخلية (خارجية) وكان على درجة عالية من الجمال والجاذبية ، وتم بالفعل تحويله إلى أنثى تحب أن يناديها الجمع باسم «سارة» أو «سوسو» .

ط - البغى والمومس

ويعرف البغاء Prostitution بأنه ذلك الفعل الذى تقدم فيه الأنثى نفسها للإتصال الجنسى مع الذكور بدون تمييز ، ويقصد الحصول على المال .

وإن البغاء لكى يتم لابد من توافر (٣) شروط هى :

- ١ - عدم التمييز فى علاقة البغى بالذكور .
- ٢ - تكون الممارسة بقصد الحصول على فائدة مالية .
- ٣ - الإعتياد على فعل الفاحشة .

(محمد حسن غانم ، ٢٠٠٥)

البغى : هى امرأة تقيم علاقة جنسية مع أى رجل لا ترتبط به عاطفيا نظير وقت وأجر، معلومين

وبهذا التعريف نستطيع أن نفرق بين البغى وأى إنحراف آخر ، فالبغى تتاجر فى جسدها أو جزء منه ، وهذه السلعة متاحة للجميع طالما أن الجميع يدفع ، وبالتالي فالكل سواء وهو حق للجميع .

إليك بعض القصص الواقعية :

- عمرى ٣٠ عاماً ، تعرفت على العديد من الرجال تقريبا بعدد شعر رأسى . فى آخر النهار - فى أمسيات الصيف - أقف تلتقطنى السيارات ، أحب جلسات «الفرفشة» والأنس ، أحيانا يكون الشاب بمفرده وأحيانا يقام على حفلات من شلة أصدقاءه ، ولكن بمجرد أن ينتهى كل منهم من شهوته تنقطع علاقتى بهم ، لا أحب العلاقات الجنسية الثابتة ، بالرغم من طلب الكثيرين ممن أعرفهم منى ذلك ، أحب التغيير ، التجديد ، كل يوم المرور بتجربة جديدة ، يتقدم بى العمر تداعبنى أحيانا فكرة الزواج والإستقرار مع رجل وفى علاقة مغلفة وأنشغل بهذه الفكرة عدت أيام ثم أجد نفسى أخرج إلى الشارع تلتقطنى السيارات ... وهكذا .

- الحالة الثانية : فرحت جدا وأنا اغادر القرية لكى أسكن فى المدينة الجامعية التى تقع فى «مصر» أم الدنيا وحين فرحت بحريتى بعيدا عن بخل ورقابة الأب وكانت أول صدمة لى : موت الأم ، ثم اكتشفت أن القاهرة أو الجامعة تحديدا ما هى إلا كرنفال كبير فكنت استعير من بعض زميلاتى ملابسهم حتى لا أظهر فى الكلية كل يوم بنفس «الفستان» أو «التبير» الذى لا أملك سواهما حتى عرضت على زميلتى أن نعمل بجوار الدراسة حتى نتمكن من أن نشترى أنفسنا ورغم أننى كنت أعلم جيدا مغزى هذا الأمر إلا أننى سرت فى الطريق حتى نهايته ، وأستطيع أقول أننى فى فترة وجيزة قد أصبحت داعرة محترفة تملك المال والأزياء المتنوعة ، بل ولى سجائرى المفضلة وأدخر «قرشين» فى البنك تحسبا لإجراء عملية «الترقيع» إذا تقدم لى ابن

الحلال ولم يكشف ، مصيبتى ، وهكذا تمضى بى الحياة وأشعر بالقلق إذا أنتهت سنوات دراستى الجامعية وأعود مرة أخرى إلى حظيرة ، الأوامر ، فياليت سنوات التعليم الجامعى تمتد .

الحالة الثالثة : زوج أختى ظل يطاردنى ويتغزل فى جمالى ، من وراء ظهر زوجته (أختى فى نفس الوقت) لكن هذه الكلمات المعسولة بدأت تؤثر فى ، وفى يوم اتصلت بى أختى تريدنى . كان زوجها مريضا وهى تريدنى أن أظل بجواره ومع الأولاد حتى تذهب إلى عملها . استسلمت له ، وتم كل شئ ، وحين حدث ما حدث سرت بنفس القوة والإندفاع ، وأصبحت اسلم نفسى لأول رجل أو شاب يتغزل فى جمالى أو حتى يسرح فى بنظراته ، لا أهتم بالنقود ولكن بى رغبة لا تقاوم لأن أرتقى فى أحضان أى رجل بالرغم من أننى فى داخلى أكره كل الرجال وأعرف أن كل كلماتهم نفاق ورياء وأنهم مثل الكلاب يقبلون يدك إذا كانت لهم عندك مصلحة فإذا قضوها كأن شيئا لم يكن .

ظ - القواد والقوادة

القوادة أصلها بغى فلما تقدم بها السن احترفت مهنة القوادة حتى تكون قريبة - النفس والعقل والقلب والإحساس - من العمل الذى تجيد وتحب احترافه ولذا بقول المثل الشعبى : أن المومس ، إن تابت قودت وإن عميت تبحث عن مكان ممارسة الجنس .

القواد : هو وسيط بين مومس وعميل (أو زبون) ولذا فإن دوره هام جدا فى هذا ، الفعل ، وحتى البغى يمكن أن تقوم بالدورين معا وستجد فارقا بين ، لهجتها وإيماءتها ، وهى تتفق مختلفة تماما عن لهجتها وإيماءتها وهى تقوم بالدور الثانى ،

- وطالما أن القواد يقوم بالدورين فهو مزيج من شخصيتين ، أنوثة. لم تكتمل ورجولة أيضا لم تكتمل .

- كما يمكن أن نجد بعض الحالات - وهى موجودة بالفعل - يمكن أن نجد الزوج يقدم زوجته لزملاءه أو لغيرهم من الرجال الذين يكون على علاقة معهم ، أو حتى بدون هذه العلاقة .

- وقد يقترب رجل لديه هذه الميول القوادية ، وتكون فرصة لكى يملك امرأة بهذه المواصفات ويكونوا ، شركة مساهمة ، يمكن أن تجذب العديد من العمليات والعملاء لممارسة هذا النشاط .

هناك العديد من الحالات الواقعية التى نترك إبطالها لكى يروها بأنفسهم :

- زوجنى أبى رجل طاعن فى السن ، هذا الرجل خليجى وقد أغرق والدى -

الفقير - فى الهدايا والأموال ، وحين جد الجد وتركت الأهل وأصبحت هكذا مع قدرى وجهها لوجه فشل تماما وكان يكتفى بأن «المسن» أو «أدلك» له بعض أجزاء جسده ثم بعد ذلك أرغمنى على تقديمى لزملاءه نتيجة صفقات تجارية مازال زوجى يعقدها رغم تقدمه فى السن ، فى البداية رفضت ومع تذكرى لأحوالنا وافقت . ومازلت سائرة فى الطريق .

- الحالة الثانية : وقد فجرتها الصحافة والمجلات (روز اليوسف بتاريخ ١٩٩٥/١٢/٢٥ - العدد ٣٥٢٤ من ص ٦٩ : ٧٣) عن زوج أرغم زوجته على أن تمارس الجنس مع أصدقائه ثم أى رجل فى الشارع ولنسمع من الزوجة القصة :

منذ ٢٢ عاما تزوجت بطريقة رومانسية جدا . أحببت جارها وتبادلا النظرات والابتسامات واللقاءات ثم فوجئت به يتقدم لخطبتها ، كانت أيامها فى دبلوم التجارة وعمرها ٢٠ عاما وفى السنوات العشر الأول من الزواج كانت الأمور طبيعية تماما ، بل يغار على جدا ويمكن أن يتشاجر مع أى شخص يبدى إهتماما بى فجأة ودون سابق إنذار أدمن زوجى مشاهدة أفلام الفيديو الجنسية وبالذات الأفلام التى تصور أوضاعا شاذة وعمليات جنس جماعى وأجبرنى على مشاهدة الأفلام ، وبدأ يشتري الكتب والمجلات الجنسية وملء بها البيت وفجأة وأثناء مشاهدة أحد الأفلام توقف عند مشهد جنسى جماعى وسألنى : أيه رأيك نعمل زى الفيلم ؟ فذهلت وصعقت ، وظل يلح ، ثم بدأ يتجه إلى العنف والضرب والشتائم وأحال البيت إلى جحيم وكان يغلق على الباب طوال اليوم لمجرد تعذيبى وإذلالى ويعامل أبنائنا بقسوة ، قاومت لمدة عامين ووجدت أن بيتى سيخرب فوافقت وأقسم أنه سيفعلها مرة واحدة وفى الظلام ولن يكررها مرة ثانية وأحضر بالفعل زملاء له . لكن المرة أصبحت مرات وحين أنكشف المستور قدمت الزوجة للنيابة مستنداً غريباً عبارة عن إقرار كتابى موقع من الزوج بأن ذلك الجنس يتم بموافقة الزوج وأنه يجد لذة شخصية فى ذلك وأنه هو الذى يستدعى أو يحضر لها « الزبائن » .

ونعل هذه الحالات الواقعية جزء من واقع نفسى لا يجب تجاهله بل التمعن فيه وفض مجهلته .

ع - الجنسية المثلية

وهو إنحراف جنسى يتمثل فى الشعور باللذة والشبق من خلال ممارسة الجنس مع نفس نوعه .

وينقسم فى الغالب إلى :

١ - اللواط : ويعنى ممارسة الجنس بين ذكر مع ذكر ، والشخص هنا يشعر بمجرد «القرف» من أنه سيمارس الجنس مع امرأة . لكن الرجل هو الذى يثيره ، يوقظ أحاسيسه ، يحرك عواطفه ، يجعل الدماء تجرى حارة فى أعضائه ، يحبه إلى درجة الوله . ينشغل به ، يلبي كل مطالبه ، يصبح خادمه المطيع الأمين ، فقط بأمره وسوف يلبي كل مطالبه .

- وقد يمارس الذكران الجنس مع بعضهما البعض بالتبادل ، وقد يأخذ ذكر وعلى طول الخط منحى إيجابى وآخر سلبى . وقد تكون الممارسة سطحية أى مجرد التقبيل واللمس وقد تكون علاقة جنسية كاملة .

- والأمثلة كثيرة ، وتبدأ عادة بأن يتعرض الطفل لحادث إغتصاب ويظن أن الأمر قد عبر بسلام - وقد يكون كذلك ، وما أن يصل إلى مرحلة المراهقة وتتجدد الذكريات حتى يدخل فى الممارسة مع نفس نوعه وكذا قد تتكرر الأمور ، ويمكن أن يتزوج أو يفشل فى الزواج ، ويمكن أن يكون حذرا ويمكن أن يهتك ستره ويفضح ويمكن أن يلجأ لذلك وقت الأزمات ، ويمكن أن يكون ذلك عادة وسلوى لا يستطيع نسيانه .

* ولذا فقد لا ينفصلان الطرفان وينشأ بينهما علاقة عاطفية غاية فى القوة ، بل يمكن لكل طرف أن يشعر بمشاعر الغيره على الطرف الآخر لدرجة أنه لو أجبر على الانفصال عنه فسوف يصرخ ويبكى صراخ المكلوم الذى خسر كل شئ .

* من ذلك مثلا سيدة تشكو من أنها متزوجة وتعيش فى إشباع تام مع زوجها أنجبت منه بنتا جميلة . لكنها اكتشف مصادفة أن هناك من يمارس الجنس مع زوجها ، وكانت صدمة لها قررت على أثر هذه المشاهدة أن «تصر» على الطلاق لأنها لا تتصور نفسها أن تهبه نفسها وهوه فى نهاية الأمر هكذا .

* وقد يحدث العكس . حين اكتشفت سيدة أن زوجها يمارس الجنس مع رجال آخرين ناجح معها ، وتلبي كل مطالبة ورغم ذلك يفعل هذا الأمر ولا تعرف ماذا ستفعل باختصار أن اللواط يتعدد ويتنوع صوره وأشكاله كما يختلف ذلك الأمر من شخص إلى آخر .

السحاق : حيث يكون الجنس هو الأكثر شيوعا وتعيش امرأتان قصة حب ملتهبة ومتصلة والخيانة تكون قاتلة وجارحة لكلا الطرفين . لقد تعاهدا على الإخلاص ، ولذا

يا ويل من تفكر فى الخيانة ولذا قد نجد فتاتين لا فترقان ، أو امرأة متزوجة تحب امرأة أخرى ، وقد يصل بينهما الحب إلى درجة الممارسة الكاملة للجنس ، بحيث لا تشعر إلا باللذة مع زميلتها .

— نقرأ معا هذه الحكاية لإحدى الحالات :

حالة أولى : أبلغ من العمر ٢٥ عاما من أسرة متوسطة وأعيش عيشة لا بأس بها، كان لى شقيق مات فى حادث . حزن الجميع لرحيلة المفاجأ ولم يبقى للوالدين المكلومين سوى أنا بنتهم الوحيدة كل طلباتى مجابة . فى الكلية قابلت فتاة للوهلة الأولى أحببتها . وطلبت منها أن تترك غرفتها أو لأكون أكثر دقة سريرها فى غرفة المدينة الجامعية وتأتى لتقيم معى ، علمتنى هذه الصديقة أشياء كثيرة ، كنا نغلق على أنفسنا باب الحجرة ، ننض ملابسنا كاملة ، تعطينى المتعة واللذة ولا تجعلنى أقبل أو أشتهى أو حتى أفكر فى رجل ، أصبحنا مثل العاشقين ، نكره الانفصال ، ونفكر فى بعضنا البعض حتى ونحن معا ، لا يمر يوم إلا ونحن معا ونمارس الجنس معا ولعدة مرات ، حين نتقابل كان بحرا من العواطف الجياشة يجتاحنى فلا نملك إلا الاستسلام، نريد الأم أن تفرح بى ، تقدم لى الكثيرون لكننى أرفض ، وأطلع القطط الفاطسه فى أى شاب يتقدم لى ، متى ستستمر هذه اللعبة . لقد تعاهدنا على الوفاء والإخلاص لبعضنا البعض وأن لا يدخل أى رجل فى حياتنا فهل يعرف الأهل مأساتنا وهل يتركونا نعيش أجمل سن حياتنا أم سينقضون علينا مثل الموت ويفرقوننا بالزواج .

حالة ثانية : تبلغ من العمر (٣٨) عاما تعمل موظفة حكومية مات والديها ولم يسأل عنها حتى الأقارب ولو بالتليفون تقدم لها رجل طاعن فى السن وحين علمت أنه طامع فى الشقة رفضت اكتفت بأن تشبع ذاتها بذاتها رافضة الدخول فى زى تجارب جنسية تقربت إليها زميلة تعمل معها فى نفس المكتب وهى متزوجة وزوجها بالخارج ولا يأتى كل عام إلا مدة شهر يكون مشغولا بتجديد أوراقه وإستخراج تصاريح أخرى جديدة أصبحت الصديقة الجديدة تكثر من زيارتها ، وتحكى لها عن وحدتها وعن رغباتها الجنسية المكبوتة . حضرت فى أحد الأيام أدارت شريط فيديو جنسى لنساء يمارسون الجنس معا ، من خلال التقارب والهمسات استجبت لها . أصبحنا لا نفترق ، حتى فى المكتب لا تكف عن النظر إلى بعضنا البعض وكأننا عاشقان يرفضان الانفصال . لدرجة أنها عرضت على أن تتطلب من زوجها الطلاق وتترك منزلها وأولادها ونعيش معا إلا أننى رفضت قائلة لها : لتبقى كل الأمور كما كانت .

غ - العادة السرية

- العادة السرية تعنى لجوء الشخص إلى إشباع رغبته الجنسية بنفسه دون اللجوء إلى شخص آخر .

- وهذه العادة تكون منتشرة بين المراهقين سواء الذكور أو الإناث .

خاصة في بدايات المراهقة وشعور الشخص بعنفوان الرغبة الجنسية .

- ويلعب الخيال دوراً لا ينكر في ذلك فالفتى يمكن أن يستدعى صورة أو جسم أى امرأة أو فتاة يريدّها على المستوى الخيالى متخيلاً أنه يمارس فعلاً أو قد تفعل البنت ذلك .

- وقد يلجأ المراهق والمراهقة إلى الإستعانة بأدوات معينة تكون عاملاً مساعداً فى الوصول إلى ذروة الإشباع الجنسى الذاتى .

- والعادة السرية مرحلة طبيعية طالما هى فى بداية المراهقة بيد أن الاستمرار فيها يقود الشخص إلى العديد من ضروب الألم العضوى والنفسى ناهيك عن العديد من الأفكار التى تنتشر عن الإفراط فى ممارسة العادة السرية مثل الدخول فى الجنون . إضافة إلى الآلام العضوية مثل الإحساس بالصداع والبلادة والتهاب الأعصاب وزغلة العيون والعقم والموت المبكر والجنون وحب الشباب وضعف التركيز .

- قد تكون العادة السرية مرحلة مؤقتة وقد تلازم الشخص عبر مراحل حياته وقد تجعله يستغنى عن الارتباط بأعضو من الجنس الآخر له وقد يتزوج ورغم ذلك يجد الرجل لذته فى أن يمارس العادة بعد ممارسته مع زوجته . أو العكس فى حالة الإناث .

- وتذكر المراجع الطبية حكاية عن رجل كان يتولى منصباً هاماً فى بريطانيا ودخل إلى الحمام العام ، وجاء رجل ووقف بجانبه ونظر كل منهما إلى الآخر وانخرط كل منهما فى « تدليك » العضو الذكري للآخر ، وحين تم القبض عليهما ذكر كل منهما أن هوايته الوحيدة هى العادة السرية ولكن الجديد الذى تم هو تبادل العادة السرية مع الطرف الآخر .

- ويمكن أن تتم عملية العادة السرية لدى الإناث ، وقد تتم بصورة ذاتية وقد تتبادل فتاتين ذلك .

- وعموماً هناك مخاطر من جراء الإنغماس فى ممارستها نجملها عند الفتاة فى :

أ - لا يتم إشباع الرغبة الجنسية كاملاً مما يتسبب فى حدوث إحتقان مزمن

بالحوض قد يقود بدوره إلى العديد من الإضطرابات الأخرى .

ب - أثناء ممارسة العادة السرية تكون كل الحواس مجنّدة للشعور باللذة الجنسية دون غيرها وقد يتمزق غشاء البكارة دون وعى خاصة إذا تم استخدام جسم صلب .

ف - الإغتصاب

إبان عام ٢٠٠٠ أثار الكاتب الصحفى عزت السعدنى عبر تحقيق السبب العديد من حوادث الإغتصاب ، حيث قابله واتصل به العديد من الحالات التى تعرضت للإغتصاب وبطرق وظروف مغتصبة ، والإغتصاب كفعل هو ممارسة الجنس بالقوة مع طرف آخر دون موافقته ، إلا أن العديد من الدراسات أثبتت أن شخصية المجنى عليها تثير الجانى وأن بها قدر من المازجية التى تجبرها على الإستسلام لأن ما بعد حادث الإغتصاب هو الفعل المؤثر فقد يترك صدمة ، وقد تظن أنه حدث عادى لا داعى للتفكير فيه .

كما أن العديد من ضحايا الإغتصاب يحجمن عن الإبلاغ لوقوعهن ضحايا هذه الجريمة للأسباب الآتية :

أ - أسباب شخصية واجتماعية وتتلخص فى :

- ١ - الخوف من وصمة العار .
 - ٢ - الخوف من إفتضاح الأمر .
 - ٣ - الخوف من إتهامها بما ليس فيها .
 - ٤ - الخوف من إبتعاد النأى عنها والنظر إليها نظرة متدنية .
- ب - وجود العديد من التفسيرات المجتمعية الخاطئة حول الأنثى الضحية .. ومنها :

- ١ - لم يحدث فى الحقيقة ، أنها تحاول أن توقع الفتى فى المتاعب .
- ٢ - لقد حرصت الفتاة على حدوث هذا الفعل وشجعت عليه بمظهرها الجسمى وملابسها .
- ٣ - إذا كانت تحافظ على أخلاقها فإن ذلك لن يحدث لها .
- ٤ - لقد أحب أن يحدث لها ذلك وسمحت لنفسها أن تصبح ضحية وتغتصب .
- ٥ - أنها فتاة أو امرأة سيئة تستحق ذلك .

٦ - إنها تريد من الرجل أن يغتصبها لأنها تفتقر إلى الحب .

٧ - تستمتع المرأة بأنها أغتصبت .

ج - وجود العديد من التفسيرات المجتمعية حول المغتصب مثل :

١ - لقد تغلبت عليه مشاعره الجنسية والعدوانية وفقد السيطرة على نفسه .

٢ - أتى من بيئة فقيرة . ويجب أن تتعاطف معه وتشفق عليه .

٣ - قد يكون مخمورا ، ومحروما من العاطفة وإرتكب هذا الفعل دون أن يدري .

(محمد نجيب الصبوة ، ٢٠٠١ ، ٩٨ ، ١٠١) .

معدلات إنتشار الإغتصاب :

- إن جريمة الإغتصاب من الجرائم التي لا نستطيع أن تقدم لها إحصاءات دقيقة نظرا للعديد من الأسباب .

وإذا كانت العديد من الدراسات الأجنبية قد توصلت إلى أن التقديرات المنشورة عن جرائم الإغتصاب في الولايات المتحدة - على سبيل المثال - غير دقيقة نظرا للعديد من الأسباب أهمها التحرج من الذهاب إلى أقسام الشرطة ، وكذا عدم تلقي العلاج الطبي والنفسي الذي يؤهله - من تعرض له - للتأهيل فإن الأمر سيكون أكثر حرجا في عالمنا العربي .

وعلى أية حال فسوف نورد بعضا من الإحصاءات - بالطبع ذكرت في دراسات أجنبية - عن معدلات إنتشار الإغتصاب (وهي أرقام رغم عدم مصداقيتها وموضوعيتها العلمية إلا أنها على أية حال تعكس ملامح إرتكاب هذه الجرائم في بعض من دول العالم .

- يزداد احتمال إغتصاب المرأة الأمريكية بمقدار ست مرات عن المرأة الأوربية (ويزداد الإحتمال بمقدار عشرين مرة من المرأة البرتغالية ، وخمس عشرة مرة عن اليابانية ، وثلاثة وعشرين مرة عن الإيطالية ، و٤٦ مرة نت اليونانية) .

وإن حالات الإغتصاب المبلغ عنها في الولايات المتحدة الأمريكية ٣٥٧ في كل مائة ألف من النساء مقابل ٤٥ في كل مائة ألف في أوروبا .

- وتزداد حالات الإغتصاب وضحاياها أكثر بين الجنود المحاربين إذ وصل عدد ضحايا الإغتصاب في أمريكا إلى ٣٧٥٠٠٠٠ (وفقا لإحصاء عام ١٩٨٠) على سبيل المثال .

(من خلال : أحمد محمد عبد الخالق ، ١٩٩٨ ، ص ص ٢٦٥ - ٢٦٩)

الأضرار التي يحدثها المعتصب بالضحية :

فى دراسة لكباتريك وزملاؤها تناولت مجموعة من النساء اللائى تعرض لتجربة الإغتصاب ، فقد أقررن - أنهم أثناء تجربة الإغتصاب - قد تعرضن للعديد من الآثار والأضرار النفسية والفسىولوجية ، وإذا كانت الأضرار الفسىولوجية - رغم بشاعة ما ذكرنه من تعذيب خاصة الضرب والتعرض فى أماكن حساسة للحرق أو الوخذ بآلة حادة ... إلخ - يمكن التئامها لكن الأضرار النفسية من الصعب علاجها لأنها تظل - كمشاعر مؤلمة - تطارد الضحية ربما طول الحياة ، ولذا فإن العلاج والتأهيل النفسى لضحايا الإغتصاب واجبة حتى تستعيد (الضحية) لياقتها النفسية .
(Kilpatrick, et. al. , 1985)

دوافع الإغتصاب : دلت الدراسات أن هناك ستة دوافع أساسية تكمن خلف جريمة الإغتصاب ، وتشير هذه الدوافع - بدورها عن ستة أنماط من الرجال القائمين بفعل الإغتصاب وهم :

١ - النمط الإنتهازى : وهو شخص لم يخطط لجريمة ولكن وجود الفرصة سانحة فإنتهزها .

٢ - النمط الغضوب : وهم رجال لديهم العديد من الأفكار غير العقلانية عن المرأة ، وهذا الغضب يكون المحرك الأساسى للإقدام على هذا الفعل (الإغتصاب) .

٣ - النمط الجنسى : وهذا النمط من الرجال يكون مشغول دوما بالجنس ودائم الإستراق إلى جسد المرأة ، وقد يكون الدافع الجنسى لدى هؤلاء الرجال عنيفا (وغير مروض) .

٤ - النمط السادى : وهو نمط من الرجال يحصل على اللذة من خلال إيقاعه الأذى - إلى درجة إسالة الدماء - من جسد الضحية .

٥ - النمط الحقوق المحب للإنتقام : وهم أنماط من الرجال لا يحصلون على اللذة إلا من خلال الحط من أماكنيات وقدرات الطرف الآخر (سادية نفسية إن جاز المصطلح) .

٦ - النمط الذى يمثل القوة ولديه شعور بالنقص : وهو نمط من الرجال يمثل القوة ويمارسها فى محاولة لتعويض مشاعر النقص وعدم الكفاءة التى يشعر بها ، وقد يكون النقص هنا جنسيا أو فى الشخصية .

(أحمد عبد الخالق ، ١٩٩٨ ، ٢٧٤ - ٢٧٥)

واليكم بعض القصص التي حدثت فعلا لوقائع إغتصاب :

- فتاة اعتاد عمها الشاب الذي كان ينزل في شقتهم في القاهرة لقضاء بعض مصالحة وقد أنتهز فرصة خلو الشقة من أخيه وزوجته وحين دق جرس الباب وفتح لأبنت شقيقه (أى أنه عمها) حتى أغتصبها وقد تكررت اللقاءات حتى اكتشفت الأم أن أبنيتها البالغة من العمر ٢٠ عاما عارية تماما وفي أحضان عمها .. ويسؤال الفتاة ذكرت أنه قد اغتصبها في البداية وكتمت الأمر خوفا من الفضائح ، ثم بعد ذلك هي التي كانت تذهب إليه في غرفة الصالون حتى اكتشفت الأم الحقيقة مصادفة .

- تكررت نفس القصة الثانية مع فارق أساسي هو أن خال البنت هو الذي قام بهذا الفعل ، وخوفا من أفتضاح أمره قام بقتلها بعد إغتصابها .

- ومن أشهر القصص التي حدثت في هذا المجال وفي أوروبا ، حالة شاب فرنسي قد تلقى تعليما عاليا وفي أرقى الجامعات الأوروبية ، وكانت هوايته أن يسير ليلا في الطريق وخاصة في الشوارع الهادئة ذات الإضاءة الخافتة أو المظلمة فإذا قابل فتاة صغيرة أو حتى امرأة كبيرة في السن (لا فرق لديه) سارع إلى القاء مادة مخدرة كاكلوروفورم فتقع مغمى عليها فينال منها في الشارع أو يلتحى بها جانبا وهي تحت تأثير المخدر ثم يتركها وشأنها حتى تمكن البوليس أخيرا من القبض عليه .

- أيضا حالة فتاة كانت تنزعج بشدة أو تتنابها الكوابيس المزعجة وبدأت تعاني من تشتت الانتباه وعدم التركيز ، إضافة إلى معاناتها من شكاوى في علاقتها مع الآخرين وأثناء جلسات الإرشاد النفسي كشفت عن واقعة تعرضها للأغتصاب من معيد بالجامعة ذهبت إليه ليساعدها في كتابة بحث وبالرغم من حضورها الى شقته مع بعض الأفراد والزملاء إلا أن المعيد قد تشاغل عنها حتى أنصرف الجميع فساقها إلى غرفة النوم وإغتصبها دون مقاومة منها إلا قليلا ، لدرجة أن المعالج حين أراد الإستفسار أكثر عن هذا الحادث بدأت مندهشة قائلة له : إن ذلك الحادث لم يؤثر في كثيرا على الإطلاق ، لكن هذا الكلام كان بعيدا عن الواقع لأنه جرء المريضة ، إلى العديد من ضروب التشتت والضياع النفسي وأدخلها في العديد من المتاهات والأمراض النفسية .

وهكذا تتعدد حالات الإغتصاب . ونحن بازاء رجل لا يشعر باللذة إلا من خلال قهر الطرف الآخر ، وهنا تتباين استجابات الطرف الآخر ما بين الرضوخ ، أو الاعتراض لفظيا فقط (سبنى الله يخليك ... الخ) وما بين القتال العضوى الجاد حيث تنشب أظافرها في عنق وجه الشخص الذي يريد الإغتصاب مقاومة تصل إلى

درجة أنها تفضل الموت عن ذلك ، وبين فتاة أو امرأة تقاوم من باب « عملنا اللي علينا والباقي على ربنا أو أمشي يا ابن آدم وأجرى جرى الوحوش غير رزقك لن تحوش أو قدر ومكتوب وهنهرب من المكتوب فين وإزاي ، ولذا فأن ردود الأفعال تتباين ، وقد تدخل الضحية في العديد من المشاكل الإنفعالية مثل :

- ١ - محاولات لتجنب الأفكار والمشاعر أو الحديث عن الصدمة .
- ٢ - محاولات تجنب النشاطات والأماكن أو الناس التي تثير ذكريات الصدمة .
- ٣ - العجز عن تذكر مظهر مهم من مظاهر الصدمة .
- ٤ - تناقض الإهتمام بالمشاركة في النشاطات الإجتماعية التي كانت تقوم بها من قبل .
- ٥ - الشعور بالإنفصال والإغتراب عن الآخرين وعدم الدخول في تواصل أن حوارات أو تفاعلات إجتماعية معهم بالرغم من تواجدها معهم .
- ٦ - ضيق مدى الوجدان ويتمثل في العجز عن الشعور بمشاعر الحب .
- ٧ - الشعور بأن المستقبل مظلم والتفكير دوما في الإنتحار والتخلص من الحياة .
- ٨ - الحذر الزائد إلى درجة الشك في كل المحيطين بها .
- ٩ - إستجابة انزعاج هائلة ومبالغ فيها إزاء حدث عادي .
- ١٠ - القابلية الشديدة للإستثارة ونوبات من الغضب الزائد .

ولذا تتباين العلاجات النفسية لحالة الشخص وعمق إضطرابه ، وإذا كان الغالب في حوادث الأغتصاب يكون الرجل هو الجاني والفتاة هي المجنى عليها . إلا أن بعض حالات الإغتصاب يكون الفاعل هو المرأة والضحية هو الرجل ، وفي الغالب فإن النسوة اللاتي يملن إلى ذلك قد يكون عصابات لذلك .

- ومن ذلك مثلا تلك الحالة التي سمعتها من رجل وكان في إحدى الدول العربية وأثناء سيرة على إحدى الطرق السريعة ، فوجد مجموعة من الفتيات يقفن حول سيارة مرفوع ، كبوتها ، الأمامي وبشهادة أبناء البلد . أوقف سيارته جانبا وذهب إليهن لكي يعرض عليهن أى خدمة يستطيع القيام بها إزاء هذا الجنس الناعم الضعيف ، وما أن انحنى ليكشف عن الأسلاك ويتفحص حالة الموتور والبطارية حتى

تلقي ضربة على رأسه وما يدرى بنفسه إلا فى شقة وحوله هؤلاء الفتيات طالبات منه أن « يغتصبهن » وبالإكراه والإقتلاه ومزقناه إربا إربا وقد ظل محجوزا فى هذا السجن الإجبارى ، لمدة أسبوعين حتى إنتهى تماما . فالتقى به بجوار عربته .. ثم تتواصل رحلة صيد الرجال الآخرين .. هكذا .

ق - إغتصاب الأطفال

فئة من الأشخاص لا تستشعر باللذة إلا من خلال جماع الصغار وهو يعرف طبياً بـ Nfanto Sexuality وقد يتم ذلك بإستخدام العنف ، وقد يقتل الطفل ثم يغتصبه أو قد يحدث القتل ، أو الضرب فقط ، أو قد « يجرب » الصغير - طفل أو طفلة بإغراءات معينة ، وقد يتركه عقب الممارسة أو يقتله أو يضربه ضرباً مبرحاً .

- مثلاً حدث فى القاهرة أن قام مدرس كان يعطى لتلاميذه دروساً خصوصية وهم فى مرحلة الابتدائية بالإعتداء عليهم جنسياً مهدداً إياهم بعدم كشف ذلك وإلا سيكون مصيرهم الضرب والرسوب ، وقد استمر فى نزواته تلك فترة طويلة تقدر بثلاثة أعوام حتى تم اكتشاف أمره رغم أنه متزوج ، ولديه أطفال والمحيطون به يشكرون فى أخلاقه وصفاته .

- مهندس ديكور هادئ ، رزين قرر أنه نجح فى إستدراج العديد من الأطفال وكان يقوم بقتلهم عقب اعتدائه جنسياً عليهم خوفاً من إفتضاح أمره .

- رغم أنه كبير فى السن ، ورافضاً الزواج ولعل السبب أنه قد تعرض إيان طفولته لحادث إعتداء عليه من شاب يكبره فى السن حين ضحك عليه وإغتصبه بعد أن أعطاه بعض قطع من الحلوى . ومازالت هذه الحادثة تلقى بظلالها النفسية عليه وتجعله فاقداً للإحساس برجلته ، خائفاً من مجرد الإقتراب من أى امرأة .

ك - ممارسة الجنس مع الحيوانات

حيث يجامع الفرد إحدى الحيوانات المستأنسه ، وتنتشر هذه العادة بين الفلاحين وفى القرى وتحديداً فى سن المراهقة وكذا الأشخاص المحرومين جنسياً ، وتمتد أحياناً للنساء مع بعض الحيوانات المنزلية وخاصة فى المشوهات خلقياً ومعيار ذلك هل هو فعل عارض ، أم أنه سلوك يجد من خلاله الشخص اللذة ومن خلال تكراره ؟

- شاب مراهق ذكر أنه كان يشاهد الأفلام والصور الإباحية كثيراً جداً حتى شعر بضرورة أن يمارس الجنس من أى فتاة أو امرأة . حاول كثيراً ولكن خجله قد جعله

يفشل ثم جاءت الفرصة له بأنه مارس الجنس مع « ماعز » فوق السطح ، ويذكر أنه قد شعر بلذة الجنس منذ هذا اللقاء ومازال مستمراً حتى الآن .

— امرأة وحيدة ، لأن الزوج مشغول بعمله أو في حالة سفر مرتبط بالعمل ، كبر الأولاد وتفرقوا ، لم تجد ونيساً يشبع رغباتها — كما تقول — إلا من خلال شراء كلب ثم تدريبه على كيفية إشباعها وإرضائها جنسياً .

وليس هذا فحسب تتعدد صور وأشكال الانحرافات منها مثلاً : جماع الكبار ؛ حيث لا يجد الشاب لذة إلا من خلال جماع سيدة طاعنة في السن أو قد يحدث العكس حين تجرى العجوز المتصابية خلف الصغار وتتدخل معهم في علاقات جنسية وربما متعددة وليست قاصرة على مراهق واحد وقد تغرقه بالأموال في محاولة لأن لا يتركها ويستمر معها .

وهناك جماع الأموات : حيث نجد بعض الأشخاص لا يستشعر اللذة إلا من خلال جماعه للأموات وخاصة الذين ماتوا حديثاً ، ورغم ندرة هذا الانحراف إلا أن الوقائع والأحداث قد سجلته كأحد انحرافات دروب الرغبة الجنسية عن مسارها ، إضافة إلى العديد من صروب الانحرافات الأخرى مثل التلصص وفي . ومشاهدة الأفلام والصور الجنسية ، أو التفوه وكتابة العبارات الخادشة للحياة .

وكذا العنة أو الضعف الجنسي ، لدى السيدات ، وسرعة القذف وقد تصل الأمور إلى درجة الكراهية الشديدة للجنس وعدة فعلاً قذراً وسيصيب الفرد بالعديد من الأمراض المعنوية والخطيرة والقاتلة ولذا فإن الأسلم هو عدم الإقتراب تماماً من منطقة الجنس .

— وقد أشارت العديد من الدراسات والملاحظات إلى شيوع هذه الانحرافات ، ربما أن مثل هذه الأمور تتم بصورة سرية ، فأن ذكر أي أرقام توضح حجم الانحرافات ستكون من قبيل التخمين .

محاولة تفسيرية لأسباب الانحرافات الجنسية

تتشابك وتتعدد العوامل التي تقود إلى الانحراف ومن هذه الإتجاهات :

أولاً : النظريات البيولوجية : وتركز هذه النظريات على الأسباب البيولوجية وإرجاع هذه الانحرافات إلى أسباب بيولوجية مثل وجود الإضطرابات في الغدد الصماء وكذا إضطرابات في إفرازات الهرمونات ، أو إعطاء هرمونات غير ملائمة قبل الولادة أو لخلل في الجينات الوراثية .

ثانياً: النظريات النفسية : ومنها :

أ - نظرية سيجموند فرويد : يرى فرويد أن الطفل بطبيعته غير متميز جنسياً ومن ثم فهو قابل للتوجه نحو مختلف الموضوعات الجنسية السوية منها والشاذة ، ومع النمو وزيادة النضج ، والمرور ببعض الخبرات وتأثيرها في النفس فأن ذلك وغيره من العوامل يساهم في توجيه الفرد نحو موضوع ، جنسى ما أو سلوكاً ما مركزاً على عقدة أو ديب ، وإن الفشل فيها يقود الشخص مثلاً إلى الجنسية المثلية أو الإيجابية ، وكذا عقدة الخصاء واليكترا عند البنات وما تقوده من ضرورياً من الانحراف وأن الأشخاص الذين يميلون إلى ممارسة الجنس مثلاً مع الأطفال أحياناً ما يكون السبب هو التعلق الشديد بالأم بحيث لا يستطيع الاختلاف أو إحتواء أى امرأة غير الأم لأنها من المحرمات عليه جنسياً وتمثل أو تعادل أمه في ذهنه ، وكذا الأشخاص الذين يميلون مثلاً إلى جماع الشيوخ أو الكبار في السن هنا نجد سلوكاً يمثل نوعاً من التعويض لحنان الأبوة والأمومة المفقدة .

ب - نظرية التعلم : حيث يؤكد علماء السلوكية على التعلم والبيئة وكافة الظروف بها تساهم في توجيه الفرد إلى الجنسية السوية أو المثلية أو أى طريق أو مسلك من ضروب الانحرافات السابقة الإشارة إليها ، فمثلاً تؤمن النظرية السلوكية بأن كل شئ متعلم من البيئة ، وأن الإنسان حين يولد لا يعرف الصواب من الخطأ وهنا يتجلى دور البيئة والمحيطين بالشخص في إمداده ببعض المعلومات ، بل إن الشخص - مثلاً - من خلال ملاحظته للنماذج في بيئته فإنه يتأثر بهم ويقتدى بهم ، إضافة إلى الأساليب الأخرى التى تمارسها البيئة على سلوكيات معينة من قبيل المكافأة والثواب والعقاب . فمثلاً العقاب الصارم على سلوكيات الجنسية الطفلية في الصغر بسبب كراهية لها ، فإذا ما تقابلت مع خبرات لذة أو سارة لسلوكيات الجنسية المثلية فمن المحتمل جداً أن يصبح الفرد جنسياً مثلياً .

ثالثاً : العوامل الاجتماعية والثقافية : حيث يؤكد علماء الاجتماع على أثر البيئة والظروف والمناخ الثقافى الذى قد يساهم فى خلق العديد من صور الانحرافات فمثلاً لنفترض أن هناك صبياً صغيراً تبدو عليه بعض مظاهر الأنوثة والنعومة هذا الصبى قد سمع أشخاصاً فى البيئة المحيطة به يصفونه بأنه أنثى أو شكل الأنثى ، فأن ذلك الكلام سوف يجعله متنبهاً إلى البنات ومن ثم يميل إلى تقليدهن ، وهكذا ، إضافة إلى العديد من العوامل الاجتماعية والحضارية التى تساعد على انحرافات الجنس مثل الفوضى فى الأسرة ، عدم التفريق بين الأطفال المراهقين فى المضاجع .

- وربما قبل ذلك - فى المضاجع ، وممارسة الأباء للجنس بجوار أبنائهم ظناً منهم أن الأولاد نيام (وهناك العديد من الشكاوى التى ذكرها أصحاب إنحراف جنسى ما سواء ذكور أو بنات بأنهم قد استيقظوا ليلاً على صوت تأوهات الأم وكنتموا أنفسهم وواصلوا متابعة ذلك بل وانتظاره (وكأنه فيلم مثير) تاهيك عما يصاحب ذلك من تخيلات لدى مثل هذه النوعية ذات الحظ السيئ والظروف الإجتماعية بالغة السوء (إضافة إلى إنتشار تجار الجنس (صور - أفلام - جرائد - مجلات) مما يقود إلى إثارة الغرائز وكذا طول فترات التواجد فى المدارس الداخلية أو السجون أو المعسكرات - حيث وجدت العديد من الدراسات وجود العديد من صور الإنحرافات الجنسية فى مثل هذه المجتمعات المغلقة حيث تكثر الجنسية المثلية أو العادة السرية أو الإحتكاك بالآخرين أو حتى جرائم الإغتصاب (إضافة إلى وجود العديد من حالات الإضطراب والظروف النفسية السيئة التى تعقب حالات الانفصال والفشل فى التوافق والطلاق والترمى أو المرور بخبرات جد صارمة ، إضافة الى العديد من الإغراءات التى قد تدفع ضعاف النفوس إلى الإتجار بأجسادهم (وهنا نجد فئة محترفى الدعارة) وكذا الطامعين فى الكسب وبأقل التكاليف وأرخص الطرق (وهنا نجد العاهرات والقوادين) . وكذا الأعلام الخاطئ الذى لا يرفع القيم والتقاليد والأخلاقيات المطلوب بثها من خلال ما يعرض على المشاهدين ، إضافة إلى بث قيم إستهلاكية وجنسية مثلاً : أن الراقصات أكثر شهرة من العلماء ، كما أن الراقصات معهن نقود ونفوذ ووساطة أكبر ، وأن (ن) الراقصة الشهيرة ، قد هربت من قريتهم دون أن تكمل الإعدادية مثلاً وقد اهتمت بجسدها حتى أكتشفها المخرج فلان فعرض عليها أن تعمل فى بعض الإعلانات ثم كانت القفزة العليا حين ظهرت فى مشهد سينمائى ثم توالى بعد ذلك القفزات ثم الدعاية وإعتبرها من نجوم وصفوف المجتمع الأولى ، ولا شك أن نشر مثل هذه الأفكار والنماذج فى تبوء مكانة رفيعة ، كل هذا وغيره قد يساهم فى اللجوء إلى أى صورة من صور الإنحرافات الجنسية ، والتى وجدناها متعددة ومتنوعة ومتشابكة ومعقدة ، والله فى خلقه شئون (خاصة فى دراستنا عن القدوة لدى الشباب والمراهقين) .

علاج الإضطرابات الجنسية :

يتلخص العلاج فى النقاط الآتى :

- ١ - العلاج النفسى مع تفسير تعليم المريض وتوجيهه للطريقة الصحيحة .
- ٢ - الإيحاء بالتشجيع والعلاج النفسى التحذيرى .

٣ - العلاج بالتحليل النفسي (خاصة في الحالات التي لديها كراهية من ممارسة الجنس لوجود العديد من الأفكار والتصورات غير المعقولة في لاشعور الشخص) .

٤ - العلاج الشرطي السلوكي (خاصة العلاج بالتنفير لمن يفضلون ممارسة الجنس مع نفس جنسهم) .

٥ - العلاج الكيميائي بالعقاقير المضادة للقلق والخوف والإكتئاب .

٦ - طريقة ماسترز وجوشو لعلاج الإضطرابات الجنسية .

٧ - العلاج الجراحي (لبعض الحالات) .

(أحمد عكاشة ، ١٩٩٨ ، ٥٤١ - ٥٤٢)

إضافة إلى العديد من العلاجات الأخرى مثل : الحبة الزرقاء الساحرة (الفياجرا) والتي تعالج مشكلة الإنتصاب لدى الرجل ، وكذا إستخدام الهرمون الذكري (التستستيرون) (إلا أن هذه العلاجات العضوية يجب أن تتم تحت إشراف طبي دقيق) .

(Kaplan. & Sadock., 1996)

مسار ومآل الإضطرابات الجنسية :

- لا توجد بيانات دقيقة يمكن الإعتماد عليها في هذا الصدد .

- لكن العديد من الدراسات التتبعية قد توصلت إلى الحقائق الآتية :

- ١٠٠ ٪ شفاء من حالات التقلص المهبلي .

- ٨٩ ٪ في حالات القذف المبكر .

- ٨٣ ٪ في حالات البرود الجنسي .

- ٨٢ ٪ في حالات فشل القذف .

- ٧٢ ٪ في العنة الثانوية .

- ٥٩ ٪ في العنة الأولية (أى لم يحدث إنتصاب على الإطلاق) .

(أحمد عكاشة ، ١٩٩٨ ، ص ٥٤٣)

مراجع هذا الفصل

- ١ - أحمد عبد الخالق (١٩٩٨) ، الصدمة النفسية ، الكويت ، مطبوعات جامعة الكويت.
- ٢ - أحمد عكاشة (١٩٩٨) ، الطب النفسى المعاصر ، القاهرة ، مكتبة الانجلو المصرية .
- ٣ - ب. دى. سيلفا (٢٠٠٠) ، فحص إختلال الوظائف الجنسية فى كتاب : مرجع فى علم النفس الاكلينيكي للراشدين ، تحرير س. ليندزاي ، ج. بول ، ترجمة صفوت فرج ، القاهرة ، مكتبة الانجلو المصرية . ص ص ٢٢٩ - ٢٤٦ .
- ٤ - ب. دى. سيلفا (٢٠٠٠) ، علاج إختلال الوظائف الجنسية فى كتاب : مرجع فى علم النفس الاكلينيكي للراشدين ، تحرير س. ليندزاي ، ج. بول ، ترجمة صفوت فرج ، القاهرة ، مكتبة الانجلو المصرية ، ص ص ١٤٧ - ٢٦٤ .
- ٥ - جيمس كوردوفا ، نيل جاكسون (٢٠٠٢) ، الكدر الزوجي ، ترجمة هدى جعفر فى كتاب : مرجع اكلينيكي فى الإضطرابات النفسية - دليل علاجى تفصيلي، تحرير : ديفيد . هـ بارلو ، إشراف على الترجمة والمراجعة : صفوت فرج ، القاهرة ، مكتبة الانجلو المصرية ، ص ص ١١٤٣ - ١٢٠٨ .
- ٦ - طه أحمد المستكاوى (٢٠٠٦) ، بعض أشكال السلوك الجنسى لدى عينة من طلبة الجامعة (الذكور) من الريفيين والحضرين : دراسة نفسية ، بحث قدم إلى مؤتمر العلاج النفسى .. رؤية تكاملية ، (١٢ - ١٤ فبراير) ، جامعة المنوفية ، كلية الآداب .
- ٧ - فرج طه وآخرون (١٩٩٣) موسوعة علم النفس والتحليل النفسى ، القاهرة ، دار سعاد الصباح .
- ٨ - مصطفى زيور (١٩٧٥) ، مصطلح الجنس فى : معجم العلوم الإجتماعية ، إشراف وتصدير إبراهيم مذكور ، القاهرة الهيئة المصرية العامة للكتاب ، ص ص ٢١٥ - ٢١٧ .
- ٩ - محمد حسن غانم (٢٠٠٥) ، المسجونون والسلطة ، دراسة نفسية مقارنة ، الأسكندرية ، المكتبة المصرى .

- ١٠ - محمد حسن غانم (٢٠٠٤) ، دراسات كLINيكية لحالات عربية ، الإسكندرية ، المكتبة المصرية .
- ١١ - محمد حسن غانم (٢٠٠٦) ، أزمة الجنس في المراهقة ، الإسكندرية ، المكتبة المصرية .
- ١٢ - محمد نجيب الصبوه (٢٠٠١) ، الانحرافات السلوكية والشباب في مصر ، القاهرة ، سلسلة محاضرات لجنة علم النفس ، المجلس الأعلى للثقافة ، ص ص ٦٩ - ١٠٦ .
- ١٣ - ميشيل كاري ، جون ديتسز ، اندرو ميسلر (٢٠٠٢) ، الاختلالات الجنسية : اضطراب الانتصاب لدى الذكور ، ترجمة صفوت فرج في كتاب : مرجع اكلينيكي في الاضطرابات النفسية دليل علاجي تفصيلي تحرير : ديفيد . ه . بارلو ، إشراف على الترجمة والمراجعة ، صفوت فرج ، القاهرة ، مكتبة الانجلو المصرية ، ص ص ١٠٥٥ - ١١٤٢ .
- 14- American psychiatric association (2000) Diagnostic and statistical manual of mental Disorders, 4 . th. ed wachington . DC.
- 15- Kipatrick, D. , veronen, L. Best, c. (1985) Factor predicting psychology ap distreses among rape victims, in C.R. Figley (Ed). Trauma and it wake Vol . 1 : the study and treatment of post-traumtic stressrdisords. new york . Brunner / Ma2el. pp. 113 - 141
- 6 - Kaplan. H. & sadock. B. (1996) pocket Hand book of clincal psychiatry , london , williamsal wikins , second, Edition.



الاضطرابات النفسية والعقلية والسلوكية

هذا الكتاب

يمثل مرجع هاماً وأساسياً لا غنى عن قراءته للمتخصصين في العلوم الإنسانية (علم نفس - اجتماع - طب نفسى .. وغيرها من التخصصات) .. كما أنه لا غنى عنه للقارئ العادى .. لماذا ؟ لأنه تناول العديد من الاضطرابات النفسية والعقلية والسلوكية مثل: القلق وأنواعه ، الاكتئاب والفصام ، الاكتئاب والهوس ، الانحرافات الجنسية ، اضطرابات الشخصية ، الاعتماد على المخدرات ، اضطرابات النوم - واضطرابات الفصام وغيرها من الاضطرابات . حيث تم تناول كل اضطراب من الاضطرابات السابقة من حيث : وبائيات الانتشار - التعريف بالاضطرابات - محكات التشخيص وفقاً للدليل التشخيصى والإحصائى (الصادر عن رابطة الأطباء النفسيين الأمريكية (APA) .. أسباب الاضطراب - طرق العلاج - مسار ومآل كل اضطراب .

أملين أن يظل هذا الكتاب مرجعاً أساسياً ، ونقطة تضى مجاهل المعرفة بالنفس الإنسانية .

Bibliotheca Alexandrina

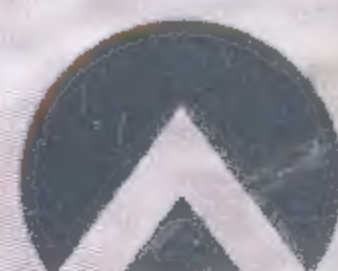


0646816



مكتبة الأنجلو المصرية

THE ANGLO-EGYPTIAN BOOKSHOP



The World of Words & Thoughts